

MÉMOIRE

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

Le 23 MARS 2015

CSSS - 059M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Projet de loi n° 20

Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de
médecine de famille et de médecine spécialisée et
modifiant diverses dispositions législatives en
matière de procréation assistée

**Les professionnelles en soins : la solution
pour des soins accessibles et sécuritaires
pour tous les Québécois et les Québécoises**

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



Avant-propos

i

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ représente plus de 65 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes qui travaillent essentiellement au sein du réseau public de santé. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente son expertise, prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons. L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Témoins privilégiées du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. La FIQ, en tant qu'organisation syndicale, représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public et usagères des services. Elle vise, par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Forte de cette mission, la FIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois. Que ce soit au sujet de la planification stratégique des instances qui composent le système de santé, de projets de loi visant à en modifier le fonctionnement ou de tout autre sujet qui l'interpelle, la Fédération s'est toujours portée à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elle représente, mais aussi de ceux de la population. La qualité des soins et des services, leur accessibilité et leur capacité à répondre aux besoins de la population comptent parmi les plus importants enjeux sur lesquels la Fédération se penche. Elle a également toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux empreint de valeurs sociales-démocrates.

Résumé

iii

Il existe au Québec un sérieux problème d'accessibilité et de continuité des soins générés particulièrement par l'offre de soins en première ligne et la demande de soins grandissante de la population québécoise. Les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires sont dans une position privilégiée pour proposer des solutions afin d'améliorer le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ croit qu'il est important, dans l'intérêt des prestataires de soins et de services de santé, de mettre en place des mesures pour améliorer l'accessibilité des soins et en assurer la continuité. La FIQ sait toutefois que d'autres solutions aux mesures coercitives et quantitatives proposées dans le projet de loi n° 20 existent, lesquelles peuvent être implantées assez facilement et risquent de contribuer beaucoup plus efficacement à l'atteinte des objectifs du projet de loi n° 20 que la mise en place de quotas médicaux.

Dans le présent mémoire, la FIQ expose divers leviers d'optimisation à la disposition du gouvernement pour mettre en place et renforcer l'apport de cette équipe mixte de professionnelles de la santé en soins de première ligne au Québec. Ces leviers visent à optimiser le fonctionnement de l'ensemble de l'équipe de soins et non pas uniquement à optimiser l'offre de ressources médicales. C'est cette conviction de la FIQ qui lui permet de proposer des solutions globales et intégrées aux maux du réseau de la santé québécois.

Pour favoriser la continuité des soins et garantir à la population québécoise des soins sécuritaires et de qualité, il importe que chaque membre de l'équipe de soins puisse pleinement jouer son rôle professionnel en occupant l'entièreté de son champ de pratique et en réalisant ses activités professionnelles réservées. L'accès aux soins ne passe pas uniquement par la pratique médicale, mais aussi par celle des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires. D'ailleurs, des initiatives réalisées dans d'autres provinces canadiennes qui ont mis la pratique des professionnelles en soins au cœur de la dispensation des soins ont obtenu des résultats probants positifs, tant pour les patients que pour le réseau de la santé. Il importe dès maintenant de repenser et de transformer, dans chaque milieu de travail, l'organisation du travail pour adopter des modes d'organisation des soins mettant davantage en valeur les rôles de l'ensemble des professionnelles en soins.

Des rôles de pratique avancée ou des rôles dans des milieux de pratique plus spécialisés sont maintenant disponibles pour les professionnelles en soins, mais ils demeurent marginaux. Par exemple, la pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) au Québec permet moins d'autonomie à ces professionnelles qu'à leurs collègues ailleurs au pays, malgré une formation de plus longue durée. De par ces nouveaux rôles, les professionnelles en soins peuvent pourtant répondre de façon novatrice

aux besoins de santé des Québécois, entre autres, en offrant des services à une clientèle sans médecin de famille. Il importe que les barrières à la pratique de tels rôles soient rapidement abolies, au bénéfice de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour accroître et simplifier l'accès aux soins de première ligne pour la population tout en favorisant leur prise en charge effective, le gouvernement doit permettre aux professionnelles en soins de compléter, de renforcer et d'intégrer l'équipe médicale de première ligne. La FIQ croit, pour une meilleure prise en charge des besoins de la population, en une première ligne forte basée sur les compétences des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires. Ces dernières pratiquent déjà dans de nombreux lieux de dispensation de soins en première ligne (CLSC, GMF, soins à domicile, Info-Santé, etc.) et y contribuent grandement à la continuité et à la qualité des soins. Elles pourraient toutefois y être présentes en plus grand nombre et davantage de mesures pourraient être mises en place pour s'assurer de l'utilisation pleine et entière de leurs compétences professionnelles. Des initiatives telles que des cliniques dirigées par des infirmières méritent l'attention du gouvernement pour mettre encore davantage l'expertise des professionnelles en soins au profit de la population québécoise.

Dans le but de répondre aux besoins de santé de la population québécoise, il importe de promouvoir l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins. Il est aussi urgent d'inclure des intervenantes de différents horizons au sein des équipes soignantes et de promouvoir des modèles interdisciplinaires de prise en charge des patients. Pour arriver à une telle collaboration interdisciplinaire, il est plus que nécessaire d'affaiblir la culture de hiérarchisation au sein de l'équipe de soins. Un niveau élevé de collaboration interprofessionnelle se traduit aussi par une coordination appropriée des soins et des services de première ligne, ce qui est essentiel, entre autres, pour les patients souffrant de maladies chroniques. Les professionnelles en soins, de par leurs différents rôles cliniques, peuvent contribuer de façon significative à la coordination des soins.

Il importe également de donner aux professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires les outils dont elles ont besoin pour contribuer de façon optimale aux soins requis par les Québécois. Il apparaît clair, pour la FIQ, que les ordonnances collectives nationales développées par des comités d'experts et qui font consensus entre les ordres professionnels concernés se doivent d'avoir une portée nationale. Les lois et règlements professionnels se doivent d'être modifiés pour qu'une approbation locale ne soit plus nécessaire et conditionnelle à la mise en œuvre des ordonnances collectives nationales : une telle approbation freine actuellement la pleine utilisation de ces outils de collaboration

interprofessionnelle. La prescription infirmière serait un autre outil à développer davantage pour favoriser l'accessibilité et la continuité des soins aux patients. La prescription de médicaments pour des problèmes de santé mineurs, le prolongement des prescriptions médicales dans le cas de maladies chroniques et la prescription d'analyses de laboratoire, de tests diagnostiques ou de radiographies aideraient à une meilleure prise en charge des patients. Des outils et pratiques cliniques découlant d'avancées technologiques, par exemple le dossier médical informatisé, seraient également utiles pour optimiser la contribution des professionnelles en soins aux soins dont ont besoin les Québécois.

Pour favoriser des soins accessibles, continus, sécuritaires et de qualité dans un contexte de pénurie de personnel, un exercice rigoureux de planification de la main-d'œuvre professionnelle en soins et de développement des ressources humaines est essentiel. Il va sans dire que des conditions de travail et de vie au travail visant leur attraction et rétention doivent être mises en place sans attendre.

Des équipes de travail stables et suffisantes, tout comme une charge de travail décente, sont essentielles à la dispensation de soins sécuritaires et de qualité. Dans un contexte où plusieurs membres de l'équipe de soins occupent encore un poste précaire et où les heures supplémentaires et le recours à la main-d'œuvre indépendante sont chose courante, la FIQ propose de rehausser la structure de postes pour que davantage de professionnelles en soins aient accès à un poste à temps complet. Une telle mesure contribuerait grandement à la continuité des soins. La FIQ est d'avis que l'on doit se questionner sur le nombre maximal de patients qu'une intervenante peut soigner de façon sécuritaire, plutôt que de fixer un nombre minimal de patients à desservir, tel que proposé dans le projet de loi n^o 20. Dans cette optique, la FIQ propose d'instaurer des ratios minimums de professionnelles en soins/patients à respecter en tout temps dans un contexte clinique donné pour assurer des soins sécuritaires pour les patients et un milieu de pratique sécuritaire pour les professionnelles en soins. Ces ratios pourraient être rehaussés selon le jugement clinique des professionnelles en se basant sur un système d'évaluation des patients. Des expériences à l'international laissent croire de façon fort convaincante que de tels ratios amèneraient des résultats positifs à la santé des patients, tout en favorisant l'attraction et la rétention des professionnelles en soins. Il importe que des travaux soient mis en branle rapidement pour assurer une composition d'équipe de soins sécuritaire permettant l'optimisation de la contribution des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires.

Les pistes de solution présentées par la FIQ dans ce mémoire font l'objet de neuf leviers d'optimisation des soins et des services de santé, leviers qui sont accompagnés de recommandations spécifiques visant à atteindre les

objectifs du projet de loi n° 20, soit d'augmenter l'accessibilité et la continuité des soins et des services de santé au Québec.

À ce jour, la FIQ déplore que depuis le dépôt du projet de loi n° 20, on assiste à des échanges entre le gouvernement et divers intervenants du réseau de la santé qui lui apparaissent stériles et contre-productifs, surtout pour les patients. La FIQ rappelle aussi qu'il est nécessaire et urgent de replacer les intérêts du patient au cœur des préoccupations du système de la santé : c'est le but qu'elle vise dans ce mémoire. À cette fin, la FIQ y propose non seulement une vision, mais des solutions concrètes, prometteuses et mobilisatrices qui interpellent tous les intervenants du réseau à collaborer et à coopérer pour accroître tant l'accessibilité aux soins et aux services de santé que leur continuité, leur sécurité et leur qualité. La FIQ propose des pistes de solution gagnantes pour toutes les parties prenantes : une équipe de première ligne forte composée de professionnelles en soins et du corps médical qui s'entraident et se complètent pour donner des soins de santé en première ligne de haut niveau pour tous les patients du Québec.

*Leviers d'optimisation et recommandations de la Fédération
interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ*

1^{er} levier

Transformer l'organisation du travail pour permettre aux professionnelles en soins de pleinement exercer leurs rôles, tâches, fonctions et responsabilités, et ce, dans tous les milieux de pratique où les besoins en soins et services de santé requièrent leur présence.

La FIQ recommande :

« Que le ministre de la Santé favorise davantage le recours à des modes d'organisation de soins basés sur des données probantes axées sur la prévention des maladies, la promotion de la santé, la continuité et la coordination des soins ainsi que sur la responsabilisation des patients, l'autonomie et le leadership clinique des professionnelles en soins et qu'à cette fin, des mesures facilitantes et appropriées soient rapidement mises en place. »

2^e levier

Créer par voie législative les ordonnances collectives nationales en leur octroyant un statut normatif ainsi qu'une portée nationale et assouplir l'adoption des ordonnances collectives locales.

La FIQ recommande :

« Que le ministre de la Santé et des Services sociaux modifie la *Loi médicale* et le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* (L.R.Q.cm-9, r25) afin d'ajouter les ordonnances collectives nationales et d'y prévoir que les ordonnances nationales développées par l'INESSS ne requièrent aucune adhésion locale par les médecins visés en raison de l'accord donné par les ordres professionnels concernés.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux précise et assouplisse le processus d'adoption des ordonnances collectives locales en modifiant la *Loi médicale* et le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*. De plus, il serait avisé que le législateur prévoit que les médecins, localement, ne puissent ajouter de contre-indications autres que ce qui est généralement reconnu par les données probantes scientifiques ni de réduire les clientèles visées par ces ordonnances sans être en mesure de fournir les données scientifiques et médicales généralement reconnues qui soutiennent une restriction des clientèles visées. »

3^e levier

Augmenter le pouvoir et la portée du droit de prescription des infirmières.

La FIQ recommande :

1. « De mettre au même niveau que l'Ontario la réglementation professionnelle régissant les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) au Québec afin d'y ajouter le droit de poser un diagnostic;
2. D'accorder le droit de prescrire de manière indépendante à toutes les infirmières praticiennes spécialisées tous les médicaments inscrits sur les listes établies au niveau provincial (la même liste que celle des médecins et des dentistes du Québec, ex : RGAM et établissements), en réponse à un diagnostic ou à une évaluation selon leurs compétences et leur champ d'expertise;

3. De simplifier le processus d'élaboration et de révision des listes de médicaments nécessaires à la pratique prescriptive des infirmières et de centraliser cette liste au niveau national en procédant aux changements législatifs nécessaires;
4. D'accorder le droit aux infirmières de prescrire un médicament pour une condition mineure lorsque le diagnostic et le traitement sont connus et d'adopter une loi à cet effet;
5. D'accorder le droit aux infirmières de prescrire certaines analyses de laboratoires, des radiographies et certains tests en adoptant une loi à cet effet;
6. D'accorder le droit aux infirmières de prolonger l'ordonnance d'un médecin pour une maladie chronique ou une condition mineure en adoptant une loi à cet effet;
7. D'intervenir auprès du Collège des médecins ou par l'entremise de l'Office des professions du Québec pour créer l'obligation faite aux médecins de collaborer avec les autres professionnelles de la santé, notamment par l'obligation de transmettre les données cliniques du patient requises;
8. La FIQ propose au gouvernement de retirer la tutelle médicale sur la réglementation de la profession infirmière en bonifiant la *Loi sur les infirmières et infirmiers* et en accordant les nouvelles activités réservées, soit le droit de poser un diagnostic pour les IPS, le droit à la prescription infirmière de manière indépendante et le droit de poser des gestes médicaux de base pour améliorer les soins et services de première ligne.

Ces nouveaux pouvoirs accordés aux professionnelles en soins garantiraient aux patients du Québec des soins sécuritaires, accessibles, continus et de qualité. »

4^e levier

Accentuer le déploiement des nouveaux rôles des professionnelles en soins.

La FIQ recommande :

« Que les nouveaux rôles des professionnelles en soins soient davantage mis à contribution dans les milieux de soins.

Que la direction des soins infirmiers au ministère de la Santé et des Services sociaux réalise sans tarder des travaux avec la FIQ pour promouvoir et implanter de nouveaux rôles des professionnelles en soins dans tous les milieux de soins et de services de santé du réseau sociosanitaire québécois.

Que les milieux de pratique soient sensibilisés à la contribution possible des professionnelles en soins.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux intervienne sans délai pour amoindrir, par règlement, les diverses barrières à la pratique des IPS au Québec.

Que les barrières à la pratique des rôles novateurs des professionnelles en soins soient levées dans tous les milieux de soins.

Que la gouvernance des soins infirmiers et cardiorespiratoires facilite l'exercice par les professionnelles en soins d'un véritable pouvoir sur leur pratique. »

5^e levier

Renforcer et accroître les lieux de pratique de première ligne extrahospitaliers.

La FIQ recommande :

« Que les soins à domicile ou dans la communauté soient renforcés.

Que des mécanismes soient mis en place pour favoriser l'apport biopsychosocial et la qualité de la pratique des professionnelles en soins qui exercent leur profession dans la communauté (CLSC, GMF, Info-Santé, cliniques dirigées par des infirmières, etc.).

Qu'il y ait partout au sein du réseau public de santé au Québec une multiplication de cliniques de proximité dirigées notamment ou exclusivement par des professionnelles en soins pour permettre à un plus grand nombre de personnes de bénéficier de l'expertise des professionnelles en soins et d'avoir accès aux soins requis.

Que les structures en santé communautaire, notamment les CLSC, reçoivent un financement nécessaire et approprié pour accroître l'ampleur et la portée de l'offre de service disponible dans la communauté ou à domicile.

X

Que soit accrue, dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les autres modèles agréés, la présence de professionnelles de la santé autres que les médecins. »

6^e levier

Renforcer l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins pour assurer une meilleure prise en charge et un suivi des patients, particulièrement ceux affectés de maladies chroniques.

La FIQ recommande :

« Qu'un cadre efficace de collaboration interprofessionnelle en soins de santé soit mis en place, dont les principales actions à enclencher sans délai seraient de-d' :

- Construire l'assise, c'est-à-dire créer une base solide à partir de laquelle les activités de collaboration interprofessionnelle en soins de santé peuvent être mises en œuvre et soutenues;
- Partager la responsabilité d'assurer que les stratégies de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé soient mises en œuvre efficacement parmi les parties intéressées;
- Mettre en place des instruments d'habilitations systémiques tels des systèmes, des processus et des outils qui permettent d'enseigner, de pratiquer et d'organiser de manière systématique la collaboration interprofessionnelle en soins de santé;
- Opérer un changement de culture durable qui tient compte de la nature de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé et l'instaurer à tous les niveaux des systèmes de santé et de l'éducation. » (Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, 2010 : V)

La FIQ fait également siennes les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport de 2009 sur l'appréciation de la performance :

« Que soit accrue, dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les autres modèles agréés, la présence de professionnelles de la santé qui ne sont pas médecins;

Que les professionnelles des sciences de la santé soient formées en interdisciplinarité, particulièrement à l'occasion de stages cliniques. Cela doit être réalisé en concertation entre les milieux cliniques et les milieux d'enseignement. » (CSBE, 2009 a)

7^e levier

Établir et consolider des mécanismes de coordination des soins et des services de première ligne pour assurer une meilleure prise en charge et un suivi des patients, particulièrement ceux affectés de maladies chroniques.

La FIQ recommande :

« Que pour remédier à la fragmentation des soins et des services de santé, aux problèmes d'arrimage et de coordination entre les différents prestataires de services, il est nécessaire de promouvoir et de renforcer les mécanismes de coordination par :

- L'implantation de la fonction de gestion de cas;
- L'intégration d'infirmières-pivots;
- L'établissement de protocoles de soins et de guides de pratique dans les milieux cliniques;
- L'établissement de plans de traitements conjoints. »

8^e levier

Faire davantage appel à des outils et à des pratiques cliniques émergeant des avancées technologiques et les intégrer efficacement dans les pratiques professionnelles.

La FIQ recommande :

« Que soient mises en place, à l'échelle locale et régionale, des activités de soutien à la formation et à l'implantation de l'informatisation en milieu clinique.

Que soit développé un partenariat entre les fédérations médicales et les autorités du réseau afin de favoriser l'implantation du dossier médical informatisé et des technologies associées.

Que soient harmonisés sur le plan technologique le dossier santé partageable (dossier de santé du Québec) et les dossiers médicaux informatisés.

Que soient mis au point, en collaboration avec les milieux cliniques et les ordres professionnels, et selon les exigences des lois québécoises en la matière, des guides pour assurer la confidentialité et la protection des renseignements médicaux contenus dans le dossier de santé partageable et les dossiers médicaux informatisés. » (CSBE, 2010 : 83)

9^e levier

Mettre en place des mesures structurantes d'attraction et de rétention destinées aux professionnelles en soins, dont celles d'assurer la présence d'équipes de soins stables et suffisantes.

La FIQ recommande :

« Que prioritairement soit créé un comité national sur la planification de la main-d'œuvre pour assurer la conception et la réalisation d'un plan d'action énergique, lequel doit, pour en assurer la pertinence, la cohérence et la cohésion, faire appel à la collaboration et à l'implication de tous les décideurs, partenaires, organismes et intervenants concernés, et ce, à tous les paliers du système (national, régional, local) pour mettre en place des mesures structurantes d'attraction et de rétention destinées aux professionnelles en soins, dont celles d'assurer la présence d'équipes de soins stables et suffisantes.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux exige que tous les établissements de santé aient une structure de postes comprenant minimalement 70 % de postes à temps complet chez les professionnelles en soins et qu'ils mettent en place des mesures pour favoriser l'atteinte et le dépassement de cette cible (ex. : mentorat, garanti de postes à temps complet à la suite de la graduation).

Que le ministre mette en place, pour l'ensemble des professionnelles en soins qui donnent des soins directs aux patients, des ratios de professionnelles en soins par patient minimum, numériques, applicables en tout temps et spécifiques à chaque unité de soins aigus, spécialisés et de longue durée, ainsi que des ratios à respecter au niveau des soins dans la communauté et en santé mentale.

Que le financement accordé aux établissements et aux GMF soit augmenté sans tarder pour assurer en tout temps un ratio minimum de professionnelles en soins/patients qui sera développé de façon paritaire pour chaque unité de soins en se basant sur des données probantes.

Que des travaux soient enclenchés par des comités de soins au niveau local pour s'assurer d'une composition des équipes de soins sécuritaires et pour mettre en application certains projets novateurs pour optimiser la contribution des professionnelles en soins. »

Table des matières

Avant-propos.....	i
Résumé.....	iii
Introduction.....	1
Partie 1 - Projet de loi n° 20 : résumé.....	4
Partie 2 - Projet de loi n° 20 : sa pertinence.....	5
Partie 3 - Des leviers d'optimisation à réaliser.....	9
Conclusion.....	57
Annexes.....	59

Introduction

1

Intervenante privilégiée du réseau public de santé, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ est interpellée par le projet de loi n° 20. Elle souhaite questionner sa pertinence ainsi que l'approche préconisée tout en rappelant qu'il existe d'importants problèmes d'accès aux soins de première ligne. Le présent mémoire ne porte que sur la première partie du projet de loi n° 20, soit la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*¹.

La FIQ ne discutera pas dans ce mémoire de la seconde partie du projet de loi qui modifie la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*. Les activités de procréation assistée soulèvent des questions éthiques et scientifiques, en plus de référer à la liberté fondamentale pour quiconque d'avoir un enfant. Or, lors de ces débats de société importants qui concernent les femmes, la FIQ effectue habituellement des consultations, ce qu'elle n'a pas été en mesure de faire dans les délais qui étaient proposés. Par conséquent, la FIQ ne commentera pas la deuxième partie du projet de loi qui concerne la procréation assistée. De plus, elle questionne le fait que ce sujet soit intégré dans un projet de loi qui porte sur les services de première ligne alors qu'il devrait faire l'objet d'une consultation à part entière.

Les services de santé de première ligne² ont été décrits comme étant le fondement du système de santé : ils constituent le premier contact des individus avec ce système. Nul ne conteste la nécessité de disposer d'un système de soins et de services de première ligne bien articulé pour traiter les problèmes d'une population vieillissante et répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes atteintes d'une maladie chronique, d'une incapacité fonctionnelle ou de morbidité complexe.

Malgré les restructurations successives effectuées au sein du réseau sociosanitaire québécois au cours des vingt dernières années, le système de santé du Québec n'a pas encore réussi à résoudre de façon satisfaisante et significative les problèmes majeurs auxquels ces restructurations étaient censées remédier : des débordements aux urgences et les problèmes d'accessibilité et de continuité des soins et des services. L'insuffisance de ressources pour répondre aux besoins de santé de la population occasionne des arbitrages au niveau de la première ligne et se traduit par des difficultés d'accès, des ruptures de services, des délais d'attente, des

¹ Lorsque le projet de loi n° 20 est mentionné dans le présent mémoire, il s'agit toujours d'une référence à sa première partie.

² Les services de première ligne comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs d'ordre social et médical de la population. Ils comprennent notamment les services médicaux de dépistage, de consultation psychosociale, de diagnostic et de traitement.

prestations insuffisantes et des iniquités, notamment d'une région à l'autre (Protecteur du citoyen, 2012).

Les soins de première ligne jouent un rôle central au sein de tout système de santé. Les mesures qui visent son renforcement pour répondre aux besoins de la population méritent de s'y intéresser. Tous les jours, l'ensemble des 65 000 professionnelles en soins représentées par la FIQ sont témoins des difficultés d'accès aux soins de santé de première ligne. À cet égard, l'expertise et les connaissances de ces professionnelles en soins qui œuvrent partout au Québec et dans les différentes missions du réseau public de santé sont incontournables et permettent de porter un éclairage prospectif sur les approches à privilégier pour renforcer l'accessibilité aux soins de santé de première ligne.

Dans le contexte actuel d'augmentation de la demande de soins et de services d'une part, et de contraintes budgétaires, d'autre part, la restructuration majeure du réseau de la santé présentement en cours commande un réalignement d'envergure au sein de plusieurs professions, dont la profession médicale.

La faible proportion de Québécois qui ont un médecin de famille illustre les défis que doit relever le système de santé. Le Québec arrive au 10^e rang des provinces canadiennes pour la facilité d'accès et la coordination des soins selon le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (2014). Malgré de nombreuses mesures et réformes mises de l'avant pour tenter d'endiguer ce problème devenu chronique, force est de constater que les avenues envisagées jusqu'à maintenant ne permettent pas de renverser la tendance. Les médecins de famille sont le cœur du système de santé québécois et historiquement, ils ont joué un rôle de premier plan dans l'accès aux soins de santé de première ligne en étant la principale porte d'entrée. En ce sens, lorsqu'il s'agit de se pencher sur les avenues à envisager pour résoudre les difficultés d'accès aux soins de première ligne, la plupart des recommandations des différents rapports d'enquête abordent cette épineuse question sous l'angle de la garantie d'accès à un médecin pour chaque citoyen (Clair, 2000; Kirby, 2002; Romanow, 2002). Cet angle est celui privilégié dans la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée* et fait l'objet de la première partie du projet de loi n° 20.

Pour la Fédération, il ne va pas de soi que les pistes mises de l'avant dans le projet de n° 20 favoriseront un meilleur accès aux soins et aux services de santé de première ligne. La FIQ considère que d'autres pistes doivent être envisagées pour faciliter cet accès. À l'instar du projet de loi n° 10³, la FIQ

³ L.Q. 2015, c. 1.

s'interroge quant aux véritables visées du présent projet de loi. Encore une fois, le ministre de la Santé et des Services sociaux ne présente qu'une partie de la mosaïque qu'il a réalisée dans le plus grand des secrets. De la même manière que la loi n° 10 adoptée le 6 février dernier, le projet de loi n° 20 n'a pas fait l'objet de consultations lors de sa préparation. À cela s'ajoute le flou général quant à sa réelle portée, puisque le détail de la réglementation qui en découle n'est pas encore rendu public. Ainsi, seul le ministre possède une vision d'ensemble des différents pans de sa réforme alors que la FIQ se demande quel sera l'impact réel de ce projet de loi sur les patients et sur l'accès aux soins de santé.

En ce qui concerne les sanctions financières qui pénalisent les médecins qui ne se conforment pas aux obligations prévues au projet de loi n° 20, la FIQ souhaite exprimer ses inquiétudes par rapport à une approche productiviste de la santé qui aurait pour effet de déshumaniser les soins prodigués aux patients. La Fédération est d'avis que l'imposition de cibles de rendement et de mesures de contrôle sans le consentement, la collaboration et les connaissances des différents intervenants médicaux et professionnels de la santé ne sont pas la voie à suivre alors que d'autres approches beaucoup plus porteuses, dont certaines existent déjà, seraient à prendre en compte pour améliorer l'accessibilité des soins de santé de première ligne et répondre aux besoins de la population.

Partie 1 - Projet de loi n° 20 : résumé

4

Le projet de loi n° 20 a pour but d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (article 1). Afin d'améliorer l'accès aux services médicaux généraux, le projet de loi n° 20 crée un certain nombre d'obligations aux médecins omnipraticiens qu'il s'agisse de suivi de clientèles ou d'heures d'activités médicales autorisées (articles 3 à 9). Ces nouvelles activités remplacent les « activités médicales particulières » (AMP) qui avaient été introduites par la réforme de 1991.

Il en va de même pour les médecins spécialistes qui doivent recevoir en consultation un nombre minimal de patients dirigés par un médecin omnipraticien ou un autre professionnel de la santé. Toutefois, les spécialités concernées ne sont pas encore connues; elles figureront dans la future réglementation. De plus, le médecin spécialiste doit assurer, à titre de médecin traitant, la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis dans un centre hospitalier (articles 10 et 11). En outre, il doit assurer le suivi des demandes de consultation qu'il reçoit au service d'urgence et dispenser les services spécialisés et surspécialisés aux usagers inscrits à son nom depuis plus de six mois sur la liste d'accès (article 12).

Les médecins omnipraticiens et spécialistes peuvent demander certaines exemptions. Elles devront être encadrées par la réglementation (article 13). Le défaut de se conformer à leurs obligations pour les médecins sera assorti de sanctions financières (articles 14 à 18). Le détail des sanctions financières fera l'objet d'un règlement (article 19).

Finalement, le projet de loi n° 20, dans la section portant sur les dispositions diverses et transitoires, prévoit que le ministre peut apporter certaines modifications aux conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins qui permettraient d'améliorer l'accessibilité aux services assurés lorsque ces modifications ne peuvent être convenues avec l'organisme représentatif dans un délai acceptable. Le ministre peut apporter ces modifications avec l'approbation du Conseil du trésor (article 39). De plus, les mesures mises en place par le passé pour la prise en charge, le suivi de tout patient sans médecin de famille qu'il soit référé ou non par le guichet d'accès du CSSS ainsi que le financement de ces mesures cesseront d'avoir effet au moment de l'entrée en vigueur du projet de loi 20 (article 42). Soulignons enfin que la portée du projet de loi 20 ne pourra être vraiment appréciée que lorsque l'abondante réglementation qu'il prévoit sera rendue publique.

Partie 2 - Projet de loi n° 20 : sa pertinence

5

Afin de se prononcer sur la pertinence du projet de loi n° 20, la FIQ a procédé à une analyse de la demande de services médicaux et de soins au Québec. De façon sommaire, la FIQ attire l'attention des décideurs sur des informations importantes concernant la demande de soins.

Les régions sociosanitaires où l'on retrouve une proportion inférieure de personnes ayant un médecin de famille sont : Montréal (68,8%), l'Abitibi-Témiscamingue (75,3%), la Montérégie (76,7%), Laval (77,8%) et Les Laurentides (77,9%). (ISQ, 2010-2011). Paradoxalement, la région de Montréal compte un nombre appréciable de médecins sur son territoire, mais les Montréalais sont les plus nombreux au Québec à ne pas y avoir accès. Pour les régions de la Montérégie, de Laval et des Laurentides, le nombre de médecins ne correspond pas à la croissance importante de la population. Un grand nombre de nouveaux immigrants (au Canada depuis moins de 5 ans) (46 %) et dont la langue parlée le plus souvent à la maison est une autre que le français et l'anglais (24 %) sont à la recherche d'un médecin de famille et ont des besoins de santé non comblés.

Les Québécois qui ont un médecin de famille désigné doivent attendre assez longtemps pour les consulter à la clinique/bureau du médecin. Ainsi, 30,9 % des patients attendent moins de deux semaines. 18,5 % des patients attendent plus de deux semaines à moins de un mois. Pour 30 % des patients, le délai d'attente passe à 1 mois et plus, mais moins de 4 mois. (ISQ, 2013). Les médecins de famille ne sont pas réellement accessibles au moment où les patients ont besoin ce qui amène le patient à se diriger ailleurs pour obtenir des soins.

Les endroits de consommation de soins au Québec varient selon le sexe et l'âge (différentes clientèles). Les hommes sont approximativement deux fois plus nombreux que les femmes à utiliser l'urgence (4,8 % c. 2,3 %) ou la consultation externe d'un hôpital (4,0 % c. 2,8 %) comme endroit habituel de soins. Les jeunes de 15 à 24 ans sont plus nombreux à utiliser le CLSC (11 %) ou l'urgence d'un hôpital (6 %) comme endroit habituel de soins. Enfin, les personnes de 85 ans et plus fréquentent moins la clinique/bureau du médecin (66 %) alors qu'elles sont beaucoup plus nombreuses à préférer la clinique d'un médecin dans une résidence pour personne âgée et les services du médecin qui se rend à domicile. (ISQ, 2013)

Parmi les Québécois ayant un endroit habituel de soin et ayant consulté un médecin au cours d'une période de deux ans, 13,3 % mentionnent toujours rencontrer une infirmière à cet endroit, 14,1 % parfois, tandis que 73 % n'en rencontrent jamais. C'est dans la clinique/bureau du médecin où les patients déclarent le moins avoir rencontré une infirmière alors que la proportion monte à 52,4 % en CLSC et à 90,6 % à l'urgence d'un hôpital. Ces statistiques de l'ISQ 2013 nous indiquent une sous-utilisation des

professionnelles en soins et de leurs compétences dans les soins de santé de première ligne.

En recoupant les données sur l'analyse de la demande de soins, la FIQ constate que les décideurs doivent porter une attention particulière aux régions de la Montérégie, de Montréal, des Laurentides, de Laval, de Lanaudière et de l'Outaouais afin d'ajuster l'offre de soins et de services médicaux. Les besoins en soins sont divers et doivent recevoir une réponse adaptée selon les régions, l'âge et les autres caractéristiques sociodémographiques. En somme, il est nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins variés des Québécois d'apporter une réponse plurielle et adaptée dans l'offre de soins et de services médicaux du RSSS. Toutes ces données témoignent de la pertinence du projet de loi n° 20. Cependant, d'entrée de jeu, la FIQ croit opportun d'indiquer qu'elle entretient de sérieuses réserves quant à l'approche et aux moyens privilégiés dans l'avant-projet de la loi n° 20 pour remédier aux dysfonctionnements du système de santé en matière d'accessibilité aux soins et aux services de santé de première ligne.

L'approche ministérielle repose sur l'implantation de mécanismes quantitatifs et coercitifs, lesquels portent uniquement sur « l'optimisation des ressources médicales et financières en fonction des besoins » dit-on de la population et dans le respect et la capacité de payer des contribuables. La FIQ déplore également le flou quant à l'application de tels mécanismes et leur incomplétude. Elle demeure profondément convaincue que si l'objectif visé par cette loi est de mieux répondre aux besoins de la population, c'est-à-dire à la demande des soins et des services en première ligne, les mécanismes retenus n'atteindront pas leur cible et ils risquent fort de s'avérer malheureusement « un coup d'épée dans l'eau ».

La raison d'être de ce projet de loi serait d'accroître la productivité des médecins de famille et d'encourager une plus grande cohésion entre leurs pratiques. À l'évidence, il ressort de ce projet de loi que la solution ou le remède pour remédier au problème d'accessibilité aux soins et aux services en première ligne, dont la fréquentation induite des urgences n'en est que la conséquence, est d'intervenir sur une seule variable de l'offre de service, à savoir sur la disponibilité des médecins de famille.

On semble ici confondre symptômes et diagnostic, ce qui fait douter du caractère approprié du traitement retenu. Tout diagnostic sur le caractère approprié ou non de l'offre de soins et de services doit, dans un premier temps, être précédé d'une analyse rigoureuse des besoins sociosanitaires de la population. Cet exercice préliminaire est nécessaire pour déterminer la nature et l'ampleur de la demande auxquels l'offre de soins et de services doit répondre. Ce n'est qu'à partir des résultats de cette analyse qu'il sera possible de savoir à quelles demandes ou besoins devra répondre l'offre et

quelles prestations de soins, services ou entités seront retenues, désignées ou considérées les plus aptes pour satisfaire cette demande.

La demande de soins et de services est souvent modulée par la conjoncture, de sorte qu'elle commande des réajustements continus. De ce fait, il est à prévoir que divers facteurs ou tendances risquent dans les années à venir de modifier la demande future de soins et de services de santé en première ligne : apparition de nouvelles maladies, nouveaux traitements, technologies novatrices, nouveaux médicaments, connaissances et attentes accrues des patients, évolution des pratiques professionnelles, amélioration des interventions en matière de prévention de la maladie et de la promotion de la santé, changements démographiques et prévalence accrue de maladies associées au vieillissement de la population. Les pistes de solution pour répondre à la demande actuelle et future de besoins sociosanitaires en première ligne ne peuvent reposer ou ne dépendre que sur une amélioration de l'offre de ressources médicales. Une telle mesure, prise isolément, ne peut et ne pourra remédier de manière appropriée et durable à la demande actuelle et future des soins et des services de santé.

Les 65 000 professionnelles en soins de la FIQ sont des témoins privilégiés des besoins et des attentes de la population québécoise en matière de santé et de services sociaux. La FIQ considère essentiel de faire une place majeure dans son mémoire à tous les patients du Québec afin que les décideurs puissent prendre connaissance de leurs besoins et de leurs attentes en matière de soins et de services de santé. C'est pourquoi la FIQ juge important, données à l'appui, que la vision des parlementaires et des décideurs aille au-delà de l'offre de services médicaux du projet de loi n° 20 pour étudier également la demande de soins et de services requis par l'état de santé de sa population. Pour répondre adéquatement aux besoins de santé de la population, ne faut-il pas d'abord identifier la demande requise de soins par celle-ci?

Pour la Fédération, examiner la demande de soins avant de proposer une offre de service est une prémisse incontournable pour s'assurer que les réformes proposées ciblent bien les besoins évolutifs de la population québécoise. Éluder cette première étape compromet grandement l'efficacité d'une réforme de la santé du point de vue des principaux bénéficiaires. Au Québec, l'offre de soins et de services médicaux doit être en adéquation avec la demande de soins et de services de la population et non l'inverse.

Pour la FIQ, l'approche à privilégier pour améliorer et renforcer l'accès aux soins de santé de première ligne ne peut se limiter à l'accès aux médecins. La FIQ estime fondamental dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé de première ligne d'élargir le rôle des professionnelles en soins, et ce, dans

tous les milieux de soins et de services. D'une part, certaines interventions ne requièrent pas la présence d'un médecin et d'autre part, il est possible, moyennant l'implantation ou l'utilisation de certains mécanismes, de bonifier et d'accroître le rôle des professionnelles en soins afin de répondre aux besoins de la population. En ce sens, des initiatives fort prometteuses existent déjà et militent en faveur de l'élargissement du rôle des professionnelles en soins.

Le système de santé est un système complexe au sein duquel interagissent de nombreux éléments interreliés et interdépendants. La pratique médicale, quoiqu'importante, ne constitue qu'un seul élément de ce système. Il existe certes un sérieux problème d'accès à un médecin de famille et d'engorgement des urgences pour répondre à la demande de suivis et de services de santé. Mais, le véritable problème loge ailleurs et il est beaucoup plus grand : c'est le manque d'accès à des soins et des services de première ligne pertinents, suffisants et dans un délai acceptable et sécuritaire.

La réduction et la gestion des temps d'attente et l'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services de première ligne passent par une solution – ou un traitement – à multiples volets, lesquels incluent des interventions ciblées, intégrées et systémiques non seulement à l'entrée du système de soins et services, mais dans tout le continuum de soins. Pour la FIQ, ces interventions constituent des leviers d'optimisation de la pratique clinique de première ligne; ce ne sont pas et ce ne peut être que des leviers d'optimisation de l'utilisation des ressources médicales. Il faut renforcer et améliorer l'offre de soins et de services de première ligne pour répondre à la demande en cette matière.

Ce que la FIQ propose, c'est une approche systémique, globale et intégrée pour remédier de manière appropriée et durable au problème d'accessibilité et de continuité des soins et des services de santé en première ligne. Pour ce faire, il est nécessaire et crucial de questionner en profondeur l'organisation du travail et les pratiques professionnelles actuellement en cours dans le réseau de la santé et d'agir promptement et résolument en ces domaines.

À cette fin, la FIQ propose dans ce mémoire la mise en œuvre de leviers majeurs d'optimisation de la pratique clinique en première ligne, lesquels font l'objet de recommandations spécifiques et mobilisatrices que la Fédération juge opportun et urgent de mettre en œuvre.

Partie 3 - Des leviers d'optimisation à réaliser

9

Afin de résoudre de manière appropriée et durable le problème d'accessibilité aux soins et aux services de santé au Québec, la FIQ propose une vision constructive ainsi que des solutions concrètes, prometteuses et mobilisatrices pour les intervenants du réseau et pour le système de santé. À cette fin, la Fédération présente dans cette troisième partie de son mémoire neuf leviers d'optimisation des soins et des services de santé ainsi que les recommandations qui sous-tendent la réalisation de ces leviers.

1^{er} levier

Transformer l'organisation du travail pour permettre aux professionnelles en soins de pleinement exercer leurs rôles, tâches, fonctions et responsabilités, et ce, dans tous les milieux de pratique où les besoins en soins et services de santé requièrent leur présence.

Dans son souci de présenter des solutions globales et intégrées pour promouvoir l'accessibilité et la continuité des soins, la Fédération ne peut passer sous silence la contribution des professionnelles en soins (infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes) à la dispensation de soins sécuritaires et de qualité à toute la population du Québec. Dans le but d'atteindre les objectifs du projet de loi n^o 20, il est nécessaire que les médecins puissent se concentrer sur les cas les plus complexes et collaborer avec une équipe de travail interdisciplinaire où chaque professionnelle est en mesure d'occuper pleinement son champ de pratique et de réaliser les activités professionnelles qui lui sont réservées par les lois professionnelles (voir Annexe 1).

Le processus de soins infirmiers comprend les étapes suivantes : collecte et analyse de données, diagnostic infirmier, planification des soins, intervention, évaluation. La pratique infirmière s'articule donc, sans s'y limiter, autour de rôles principaux, soit : la communication, la participation à l'équipe de soins, l'enseignement, le leadership clinique, la dispensation de soins, la coordination des soins, la promotion de la santé et la défense des droits des patients (*advocacy*) (Niggemeier 2008). La FIQ croit fermement que le rôle de défense et de promotion des droits et des intérêts des patients fait partie intégrante de la pratique de toutes les professionnelles en soins.

En 2003, l'encadrement législatif de 11 professions de la santé dans le domaine de la santé physique a fait l'objet d'une réforme par l'entremise de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (appelée Loi 90) (L.Q. 2002. C.33). Les principaux objectifs de cette réforme étaient notamment d'-de :

- Abolir certaines barrières entre les professions;
- Assouplir et alléger leur cadre juridique et réglementaire;

- Accroître l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité;
- Reconnaître et optimiser l'utilisation des compétences de chacune des 11 professions.

Malheureusement, plus de 10 ans après l'entrée en vigueur de cette loi, la FIQ constate toujours que l'organisation du travail dans certains établissements ne permet pas à l'ensemble des professionnelles en soins de jouer pleinement leur rôle. Les champs d'exercice des professionnelles en soins et leur contribution aux soins de santé requis par les Québécois demeurent toujours méconnus (voir Annexe 2). Ceci est désolant, inquiétant et inacceptable dans un contexte où 44 % de la population du Québec âgée de 20 ans et plus souffre d'au moins une maladie chronique (MSSS, 2012), alors que les professionnelles en soins peuvent jouer un rôle crucial et déterminant dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Par exemple, en sachant que jusqu'à 9,5 % de la population québécoise souffre actuellement de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), il importe de maximiser la contribution des inhalothérapeutes dans la prise en charge de tels patients.

Une solution durable aux problèmes d'accessibilité aux soins et aux services du réseau de la santé et des services sociaux passe, sans aucun doute, par une réponse intégrée prenant en considération l'ensemble de l'équipe de soins, et ce, pour permettre à chaque intervenant de contribuer pleinement aux soins. Le remède aux maux du RSSS ne passe donc pas uniquement par la pratique médicale. En effet, des exemples ailleurs au pays de mesures pour optimiser la contribution de chaque membre de l'équipe de soins, plutôt que des mesures de contrôle de la pratique médicale, ont été mises en place et ont eu beaucoup de succès. Par exemple, en Alberta, les réseaux de soins primaires utilisent beaucoup les compétences infirmières pour la gestion des maladies chroniques, ce qui semble pouvoir réduire la progression de ces maladies et les complications, en plus de promouvoir la satisfaction des patients (Besner et coll., 2011). En effet, des cliniques interdisciplinaires de prise en charge des maladies chroniques se concentrant sur les facteurs physiques et sociaux de la maladie, ainsi que sur les habitudes de vie des patients, ont amené une diminution de 24 % des hospitalisations et diminué la durée des séjours hospitaliers de 51 % (Conly et coll., 2009). En Ontario, des investissements importants en éducation et pour la création de 30 % de plus de postes à temps complet ont permis d'augmenter le nombre d'infirmières de 18,5 %, d'infirmières auxiliaires de 52,3 % et d'infirmières praticiennes spécialisées de 271,9 % dans les neuf dernières années (OIIO, 2014)! Sans surprise, diverses initiatives, dont la mise en place de cliniques dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées, ont permis de diminuer les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux soins à domicile, aux chirurgies et à un fournisseur de soins primaires (Gouvernement de l'Ontario, 2014). Le gouvernement

ontarien rapporte, entre autres, que 100 % des citoyens diabétiques qui désirent un fournisseur de soins de première ligne attitré y ont maintenant accès. L'impact du travail des professionnelles en soins a notamment été lié à une diminution des coûts reliés au temps d'attente dans le réseau de la santé (AIIIC, 2011) et à une augmentation de l'accès et de la continuité des soins aux patients ayant des maladies chroniques ou étant dans une situation socio-économique difficile (RNAO, 2012).

La réflexion sur l'optimisation de la contribution des professionnelles en soins dans le réseau de la santé est amorcée au Québec depuis longtemps. En novembre 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et divers partenaires syndicaux et patronaux a produit, entre autres rapport, celui sur la planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire (MSSS, 2001a). Le plan d'action en découlant soulignait déjà l'importance de « favoriser une utilisation optimale des compétences des infirmières auxiliaires dans l'organisation des soins ». En effet, ce rapport encourageait les établissements de santé à revoir l'organisation des soins en première ligne en soins de courte et de longue durée, afin d'élargir le rôle des infirmières auxiliaires en leur permettant de réaliser l'ensemble des tâches qu'elles pouvaient exécuter selon leur formation et la réglementation professionnelle en cours.

De façon plus générale, dans le but de permettre un plus grand apport des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes aux soins, il faut favoriser davantage « le recours [...] à des modes d'organisation de soins [basés sur des données probantes] axés sur la continuité des soins, sur la coordination, la responsabilisation, l'autonomie, la prévention des maladies, la promotion de la santé et le leadership infirmier [clinique] (MSSS, 2001b) » des professionnelles en soins. On peut, entre autres choses, penser à la désignation d'infirmières comme gestionnaires de cas, modèle dans lequel le Québec accuse du retard par rapport aux autres provinces canadiennes (D'Amour et coll., 2009), à du travail en dyade infirmière-infirmière auxiliaire ou à des cliniques dirigées par des infirmières cliniciennes spécialisées ou praticiennes.

Il faudrait également que des mesures facilitantes pour ce faire soient mises en place : éducation continue et formation au sein de l'équipe de soins, accent sur la prestation de soins en équipe interdisciplinaire, clarification des rôles au sein de l'équipe de soins, entre autres, en ayant des politiques internes en adéquation avec la pratique professionnelle, ressources matérielles suffisantes, gestion et encadrement clinique appropriés, soutien à la recherche sur l'optimisation des rôles des professionnelles en soins, etc. (AIIIC, 2014). Malheureusement, en raison de pénuries persistantes de personnels professionnels et non professionnels dans le réseau de la santé, de nombreuses professionnelles en soins disent avoir souvent à réaliser des

tâches non professionnelles dans le cadre de leurs activités quotidiennes (Allard et coll., 2010). Plus que jamais, il importe de les libérer de ces tâches en mettant en place une structure de personnel de soutien appropriée.

Les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires sont compétentes, bien formées et imputables de leurs activités professionnelles. D'ailleurs, plus de 90 % des répondants à un sondage Léger Marketing réalisé pour la FIQ auprès de 1 000 participants en 2013 disent que les infirmières qui leur ont dispensé des soins étaient compétentes et efficaces, et qu'ils ont été satisfaits par les soins reçus. Les professionnelles en soins veulent travailler avec l'ensemble des intervenants du réseau de la santé. Pour permettre à tous les Québécois de bénéficier de soins accessibles, continus, sécuritaires et de qualité, soins auxquels ils ont droit, il est nécessaire d'accroître les pouvoirs dévolus aux professionnelles en soins. La FIQ présente dans ce mémoire des moyens concrets pour y arriver.

Pour réaliser ce premier levier d'optimisation, la FIQ recommande :

« Que le ministre de la Santé favorise davantage le recours à des modes d'organisation de soins basés sur des données probantes axées sur la prévention des maladies, la promotion de la santé, la continuité et la coordination des soins ainsi que sur la responsabilisation des patients, l'autonomie et le leadership clinique des professionnelles en soins et qu'à cette fin, des mesures facilitantes et appropriées soient rapidement mises en place. »

2^e levier

Créer par voie législative les ordonnances collectives nationales en leur octroyant un statut normatif ainsi qu'une portée nationale et assouplir l'adoption des ordonnances collectives locales

L'ordonnance collective est l'un des mécanismes mis de l'avant par le législateur québécois afin de permettre l'atteinte des objectifs à l'origine de l'adoption de la Loi 90. L'ordonnance collective est :

« Une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. » (*Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. Article 2, paragraphe 2.*)

La mise en place des ordonnances collectives doit respecter certaines formalités. Les modalités d'adoption de ces ordonnances ne sont pas prévues dans la réglementation. Elles varient donc en fonction des milieux de travail ou des établissements. Cependant, un certain formalisme est de rigueur. Les établissements doivent décider de mettre en place un processus d'élaboration des ordonnances collectives. En établissement, le chef de département clinique, le chef du service médical ou le médecin désigné est responsable du contenu qui devra être conforme aux données scientifiques. L'ordonnance collective doit, par la suite, être approuvée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement. En GMF, le processus est similaire et devrait impliquer la directrice des soins infirmiers dont relèvent les infirmières, infirmières auxiliaires ou inhalothérapeutes visées.

L'intérêt et les retombées anticipées des ordonnances collectives sont majeurs pour les patients, particulièrement dans le contexte des soins de première ligne :

- Diminuer les temps d'attente pour la population et augmenter l'accès aux soins et aux services médicaux;
- Permettre aux médecins de se décharger du suivi de ces patients afin qu'ils voient plus de patients qui n'ont pas accès actuellement aux soins et qui présentent un degré de complexité ou d'instabilité important;
- Permettre une meilleure prise en charge et un suivi des maladies chroniques afin de diminuer le recours aux urgences et à l'hospitalisation;
- D'ajouter aux professionnelles en soins des outils essentiels pour soigner et prendre réellement en charge les patients;
- Diminuer les erreurs, favoriser l'adhésion et l'ajustement de la médication selon l'état de santé du patient;
- Permettre une réduction des coûts;
- Accorder un temps privilégié pour faire de l'enseignement aux patients et permettre la prise en charge de sa maladie chronique;
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle.

L'entrée en vigueur de ces ordonnances collectives nationales et l'ajout de certaines autres ne représente pas un coût pour le gouvernement, puisque les professionnelles en soins ne sont pas rémunérées à l'acte. Ce levier qui est sous exploité actuellement donnerait, avec l'appui du législateur, des effets rapides pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins.

Pourtant, malgré tant de retombées escomptées positives, 12 ans après l'entrée en vigueur de la Loi 90, cet outil professionnel collectif favorisant l'interdisciplinarité et l'accès aux soins pour les patients n'a pu porter ses fruits. La FIQ interpelle les décideurs sur ce problème majeur depuis plusieurs années. Force est de constater, malheureusement, que certains membres des professions médicales n'ont pas tenu leurs engagements au regard des objectifs de cette Loi 90 et ont maintenu la pratique des autres professionnelles de la santé dans l'immobilisme.

Pour relancer les ordonnances collectives, le ministre de la Santé alors en exercice, le docteur Réjean Hébert, annonçait en mars 2013 la concrétisation d'une entente permettant la diffusion d'ordonnances collectives nationales pour quatre situations cliniques : l'hypertension artérielle, le diabète, l'anticoagulothérapie et la dyslipidémie. Une cinquième ordonnance collective s'est ajoutée pour les infirmières, à savoir les inhibiteurs de la pompe à protons. Ces premières ordonnances collectives ont été élaborées par des comités d'experts sous la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux avec la collaboration des ordres professionnels concernés : l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et le Collège des médecins (CMQ). D'autres organismes ont également collaboré à l'élaboration de ces ordonnances : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La seule faiblesse de cette approche était la nécessité pour les établissements d'obtenir l'approbation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et de la Direction des soins infirmiers pour rendre effective l'ordonnance collective. Pour les cliniques médicales, le responsable de la clinique devait approuver l'ordonnance et la faire signer par les médecins adhérents. En bref, ces ordonnances collectives doivent recevoir l'approbation du corps médical et leur signature pour entrer en vigueur localement.

Actuellement, il y a un sérieux problème, car les principaux représentants des ordres professionnels touchés se sont engagés, mais leurs membres ne se sentent pas liés par cet engagement et refusent souvent de le respecter. Pourtant, ces ordonnances collectives visent à répondre aux besoins des patients souffrant de maladies chroniques. Ce sont donc, avant tout, les patients qui sont pénalisés par cette attitude du corps médical qui empêche les autres professionnels de la santé d'avoir les outils nécessaires pour assurer le suivi des patients tel que le permet leur profession.

Il y a manifestement des résistances et des barrières maintenues par le corps médical en cette matière. La Fédération n'est pas la seule à poser ce sombre diagnostic sur les ordonnances collectives. En 2011, l'OIIQ, faisait ce

même constat dans son mémoire sur le *Projet de loi n^o 41 modifiant la Loi sur la pharmacie*, déclarant ce qui suit : « Nous étions prêtes à jouer le jeu des ordonnances collectives, mais cette modalité étant en échec, le ministre de la Santé et des Services sociaux doit prendre l'engagement formel de donner les outils aux infirmières pour mieux soigner, notamment réduire le temps à l'urgence, dans les cliniques sans rendez-vous des CLSC et dans les GMF. » (OIIQ, 2011, p. 8)

Dans la deuxième version de son rapport sur les médicaments d'ordonnance, intitulé « État de la situation au Québec 2014 », le Commissaire à la santé et au bien-être faisait le constat général suivant sur les ordonnances collectives : « De façon générale, l'application des ordonnances collectives n'est pas simple et le déploiement de cet outil a rencontré de nombreux écueils. L'outil mis de l'avant afin de soutenir la collaboration interdisciplinaire a connu une certaine résistance de la part de regroupements professionnels et de professionnels en pratique, entre autres en ce qui a trait au partage des responsabilités au regard de leur application. » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014d, p. 127)

Il y a plus encore. En 2011, l'Institut national de santé publique (INSPQ) effectuait une enquête sur l'utilisation du modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale. Cette étude a mis en lumière la présence au Québec de plusieurs barrières érigées par les médecins pour la mise en place des ordonnances collectives. Par exemple, plusieurs ordonnances collectives adoptées par certains établissements et des GMF contenaient un nombre plus élevé de contre-indications que requis (non nécessairement soutenues par les instances provinciales ou internationales sur la contraception hormonale) ou ciblaient une clientèle plus réduite que celle qu'elle pouvait viser. Il s'agit d'un comportement adopté par les médecins afin d'éviter de perdre le contrôle de leur pratique en contraception hormonale (INSPQ, 2011). Étonnamment, cette enquête indiquait que les médecins de GMF manifestaient une plus grande résistance et qu'une minorité avait adopté l'ordonnance collective de contraception hormonale en GMF. Cette stratégie de résistance médicale a évidemment eu pour effet d'entraver fortement l'accès à la prescription et de nuire par le fait même l'accès à des services rapides qui contribuent à diminuer le nombre de grossesses non désirées. Les résultats de cette enquête indiquaient également que c'était dans les localités où l'on retrouve une plus forte concentration de clientèles orphelines que les médecins voyaient l'ordonnance collective de contraception hormonale comme une porte ouverte pour ces clientèles alors qu'ils n'étaient pas intéressés à être surchargés davantage (INSPQ, 2011).

Ces constats faits par les chercheurs de l'INSPQ peuvent très bien s'étendre à toutes les autres ordonnances collectives et illustrent de manière fort convaincante qu'il existe de réelles barrières à la pratique des

professionnelles en soins. Évidemment, la FIQ aborde une autre motivation qui peut être tabou de mettre en lumière sur la place publique, mais la rémunération à l'acte et des actes visés par les ordonnances collectives des médecins ne favorisent pas la collaboration interprofessionnelle. Les barrières médicales et administratives qui sont faites à la pratique professionnelle des professionnelles en soins sont des barrières faites à l'accès des soins aux patients. Il est important de le rappeler.

La FIQ mise encore sur le maintien de la possibilité de faire des ordonnances collectives localement et que celles-ci deviennent réellement un instrument collectif de collaboration interprofessionnelle pour déployer et rendre accessible les services aux patients. Elle souhaite que le ministre de la Santé s'assure d'alléger et de clarifier le processus d'adoption de celles-ci dans le règlement sur les ordonnances faites par les médecins.

La FIQ ne peut, non plus, ignorer l'existence des ordonnances collectives nationales standardisées et le fort consensus des acteurs nationaux comme les ordres professionnels des médecins, des pharmaciens et des infirmières. La participation active des organismes réglementaires à la négociation et à l'élaboration des ordonnances collectives nationales sous les auspices du ministère de la Santé et des Services sociaux suffit amplement à leur accorder une portée normative professionnelle contraignante. Ainsi, il importe pour ce ministère de s'assurer de lever les barrières telles les autorisations locales. De par la nature de ces organismes de réglementation (OIIQ, OPQ et CMQ) et de leur mission, ils ont un devoir de protection du public. La FIQ demande une garantie légale supplémentaire, soit : de prévoir expressément le statut normatif et l'effectivité obligatoire des ordonnances collectives nationales sans autre condition d'entrée en vigueur en modifiant la Loi médicale et les règlements s'y rattachant et en créant ce nouveau type d'ordonnance, les ordonnances collectives nationales. Cette mesure législative permettrait de rentabiliser le temps et les ressources qui ont été consacrés au développement de ces ordonnances.

La situation privilégiée de la profession médicale lui confère également l'obligation d'accroître l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité tout en reconnaissant les compétences professionnelles des 11 autres professions de la santé. Une des meilleures prescriptions que le corps médical peut émettre pour soigner le système de santé du Québec est de faire confiance aux autres professionnelles de la santé et d'offrir une coopération interprofessionnelle d'égal à égal pour moderniser nos pratiques professionnelles et permettre de relever le défi d'adapter les soins à la demande grandissante de la population québécoise.

Pour réaliser ce deuxième levier d'optimisation, la FIQ recommande :

« Que le ministre de la Santé et des Services sociaux modifie la *Loi médicale (L.R.Q. cm-9)* et le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (L.R.Q. cm-9,r25)* afin d'ajouter les ordonnances collectives nationales et d'y prévoir que les ordonnances nationales développées par l'INESSS ne requièrent aucune adhésion locale par les médecins visés en raison de l'accord donné par les ordres professionnels concernés.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux précise et assouplisse le processus d'adoption des ordonnances collectives locales en modifiant la *Loi médicale* et le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*. De plus, il serait avisé que le législateur prévoit que les médecins, localement, ne puissent ajouter de contre-indications autres que ce qui est généralement reconnu par les données probantes scientifiques ni de réduire les clientèles visées par ces ordonnances sans être en mesure de pouvoir fournir les données scientifiques et médicales généralement reconnues qui soutiennent une restriction des clientèles visées. »

3^e levier

Augmenter le pouvoir et la portée du droit de prescription des infirmières

Au Québec, actuellement, les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ont légalement le droit de prescrire des médicaments, des analyses de laboratoire et d'autres tests diagnostiques. L'infirmière praticienne spécialisée au Québec a un droit de prescription très limité lorsque l'on compare sa pratique avec celle des IPS de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, et ce, malgré une scolarisation de maîtrise et un nombre d'heures de formation significativement plus important. Il serait bien avisé pour le gouvernement du Québec d'adapter sa réglementation professionnelle et, par le fait même, de rehausser le droit de prescrire des IPS du Québec au même niveau que celui de l'Ontario, ne serait-ce que pour augmenter la capacité de rétention du Québec de ses IPS par rapport aux provinces voisines. De plus, la mise à niveau du droit de prescrire des IPS québécoises permettrait d'optimiser l'accès à des soins de première ligne tout en dégageant les médecins de famille d'une charge de patients présentant des problèmes de santé courants ne nécessitant pas leur expertise ou qui ont fait déjà l'objet d'un diagnostic de maladie chronique.

Plus récemment, le gouvernement publiait dans la Gazette officielle du Québec un *Projet de règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (7 janvier 2015). Ce projet de règlement est un pas dans la bonne direction, mais il se veut

encore très timide concernant des domaines limités où les infirmières ont déjà une expertise reconnue : soins de plaie (ex. : l'infirmière peut déjà évaluer la plaie, déterminer le plan de traitement, surveiller et soigner les plaies), santé publique et problèmes de santé courants (voir Annexe 3, Figure 7).

Il faut savoir que ces quelques activités où les médecins accordent un droit de prescription se limitent à prescrire un médicament déjà accessible au grand public sur les tablettes des pharmacies lorsqu'aucun diagnostic n'est requis, par exemple : supplémentation vitaminique en périnatalité, médicament pour la nausée et vomissements reliés à la grossesse, cessation tabagique, pédiculose, pansements et médicaments topiques. Il est utile de rappeler qu'aucun diagnostic n'était requis pour ces situations, ce qui en soi ne représente pas un réel gain pour la prescription des infirmières ni un gain de productivité pour les soins.

Le droit de prescrire des infirmières est une solution très largement soutenue par la population québécoise. Un sondage CROP, effectué en janvier 2013, révélait que plus de 90 % des Québécois croyaient que le droit de prescrire pour les infirmières dans des situations déterminées permettrait d'améliorer l'accès aux soins de santé et diminuerait les temps d'attente dans les urgences et les cliniques médicales. Selon l'OIIQ, les infirmières sont prêtes à jouer un rôle bonifié auprès des patients québécois et 96 % affirment que le droit de prescrire améliorerait l'accès aux soins pour les patients : « des infirmières qui travaillent dans les établissements d'hébergement, en soins à domicile, dans des suivis ambulatoires, à l'urgence ou en santé scolaire ont fait valoir la nécessité d'avoir de nouveaux leviers pour compléter leur intervention et éviter de fragmenter leur offre de service, voire d'occasionner des ruptures de soins » (OIIQ, 2015b, p. 1). Sans surprise, un sondage Léger Marketing commandé par la FIQ en 2013 et réalisé auprès de 1 000 Québécois allait dans le même sens : 80 % d'entre eux disaient que les infirmières devraient bénéficier de plus d'autonomie dans la réalisation de leurs fonctions

Pour permettre un plus grand accès aux soins de première ligne aux patients par l'entremise des professionnelles en soins tout en dégageant les médecins de famille des cas simples, la FIQ demande des ajouts au droit de prescription des infirmières, soit le droit de prescrire un médicament pour une condition mineure, c'est-à-dire lorsque le diagnostic et le traitement sont connus. D'ailleurs, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a, dès 2013, formulé sensiblement les mêmes demandes dans sa campagne « Solutions infirmières ». Pour soutenir le bien-fondé de cette demande, il est opportun de rappeler au gouvernement du Québec que l'activité réservée d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique est une activité centrale et autonome de la profession infirmière et qu'elle permettrait aux patients d'obtenir une

sécurité additionnelle en situation de droit de prescrire des médicaments. L'infirmière va donc évaluer et examiner le patient à partir de ses connaissances avancées du corps humain et des médicaments avant de prescrire quoi que ce soit. De plus, en matière de médicaments, les infirmières peuvent déjà, par leurs activités professionnelles réservées, administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances et mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.

La Fédération demande donc d'ajouter les 16 conditions particulières pour lesquelles l'infirmière pourrait prescrire un médicament pour une condition mineure (lorsque le patient a déjà reçu un diagnostic pour cette condition et que le médecin lui a prescrit un médicament) :

- Rhinite allergique;
- Herpès labial;
- Acné mineure (sans nodule, ni pustule);
- Vaginite à levures;
- Érythème fessier;
- Dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïde;
- Conjonctivite allergique;
- Muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateurs corticostéroïdes;
- Apathes buccaux;
- Dysménorrhée primaire;
- Hémorroïdes;
- Traitement de la constipation;
- Lavage d'oreille (retrait du bouchon de cérumen);
- Oreillons;
- Infection urinaire chez la femme;
- Prévention du paludisme (malaria).

La FIQ considère que ces problèmes de santé courants et qui ont déjà fait l'objet d'une consultation médicale seraient plus judicieusement pris en charge par les infirmières, permettant ainsi aux médecins de prendre en charge des patients orphelins ou des patients qui présentent un problème de santé plus complexe. Il s'agit d'une mesure efficace pour désengorger le système de santé et répondre rapidement et efficacement à ce type de besoin des Québécois. De surcroît, les infirmières sont également habilités à assurer la surveillance clinique et le suivi de ces personnes à qui elles auraient prescrit certains médicaments pour des conditions mineures courantes (voir Annexe 3, Figure 7).

Le levier de la prescription infirmière est particulièrement puissant pour accroître l'efficacité et l'accessibilité du réseau de la santé et des services

sociaux, puisqu'il peut s'étendre aux analyses de laboratoire, à des radiographies et à des tests pour compléter l'analyse de la condition de santé des personnes. En raison du rôle déterminant des infirmières, de leur nombre, de leurs compétences et de la diversité des milieux de soins dans lesquels elles évoluent, l'ajout du levier de la prescription permettrait de réellement renforcer l'accès aux soins de première ligne (OIIQ, 2015 b).

Les recommandations de la FIQ sur l'augmentation du droit de prescrire infirmier et l'élimination des barrières à ce droit font écho aux pratiques innovantes déjà en place dans d'autres pays. D'ailleurs, dans son dernier rapport sur les médicaments d'ordonnance (19 mars 2015), le Commissaire à la santé et au bien-être attirait l'attention du ministre de la Santé sur la décision prise par d'autres pays d'ouvrir le droit à la prescription à la liste nationale des médicaments à d'autres professionnelles de la santé pour agir efficacement sur le problème d'accès aux soins. « C'est le cas du Royaume-Uni, qui est maintenant l'un des États accordant le plus de privilèges de prescription à ces professionnels. » (CSBE, 2015 : p. 94). En 2006-2007, les infirmières, les sages-femmes et les pharmaciens ont été autorisés à prescrire à partir de la liste nationale des médicaments au Royaume-Uni. Cet État définit trois types de prescripteurs autres que les médecins.

Tout d'abord, les infirmières en milieu communautaire peuvent prescrire certains équipements, pansements et médicaments (c.-à-d. des médicaments dans des classes couramment utilisées dans la pratique tels que les antibiotiques) identifiés sur une liste annexée à la liste nationale des médicaments au Royaume-Uni. Deuxièmement, il existe des prescripteurs complémentaires (infirmières, sages-femmes et pharmaciens) qui pratiquent en partenariat avec des prescripteurs indépendants (médecin ou dentiste), qui demeurent responsables de poser le diagnostic. De plus, ces prescripteurs complémentaires au Royaume-Uni peuvent prescrire tout médicament apparaissant sur le plan de gestion clinique des patients qu'ils suivent ensemble (CSBE, 2015). Le troisième type de prescripteurs autres que les médecins sont les prescripteurs indépendants (infirmières, sages-femmes, optométristes et pharmaciens) qui peuvent prescrire à partir de la liste nationale des médicaments du Royaume-Uni, avec certaines restrictions, lorsqu'ils exercent dans un contexte clinique adapté uniquement dans le champ de leur compétence et de leur expertise à l'instar des médecins et dentistes.

Pour simplifier grandement l'application du droit de prescrire des professionnelles de la santé autres que les médecins, la FIQ constate que la centralisation des décisions au niveau national et l'utilisation commune de la liste nationale des médicaments est la solution à retenir pour éliminer les barrières inutiles et permettre la mise à jour rapide de celle-ci en fonction de l'évolution de la science, de la pharmacothérapie et des pratiques cliniques.

Actuellement au Québec, les infirmières ont le droit d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance. L'exigence d'une ordonnance médicale est un frein qui ralentit la prestation de soins et augmente les temps d'attente de manière significative. Les infirmières connaissent les situations cliniques et ce qui est régulièrement demandé par les médecins pour initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques. En effet, l'infirmière reçoit le patient à l'urgence, l'évalue et effectue un triage de son niveau de priorité, mais elle doit attendre la prescription du médecin pour initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques. Par exemple, si l'on permettait aux infirmières de prescrire certaines analyses de laboratoires, des radiographies et certains tests avant que le médecin voie le patient, il y aurait un gain considérable de temps, puisque le médecin au moment où il rencontre le patient aurait en main l'ensemble des résultats. Pendant le temps d'attente du patient, les autres services hospitaliers pourraient faire les différents examens et analyses. Combien de patients quittent les urgences ou les salles d'attente d'une clinique en raison d'un trop long délai sans recevoir de soins ni voir le médecin?

La FIQ recommande au gouvernement d'ajouter dans sa législation et sa réglementation les droits de prescriptions limités pour les professionnelles en soins afin de permettre à celles-ci de prescrire des analyses de laboratoire, des radiographies et certains tests :

- Analyse et culture d'urine;
- Culture de selles, recherche de toxine du *C. difficile*, de SARM, d'ERV et recherche virale d'influenza (grippe);
- Culture de sécrétions naso-pharyngée;
- Formule sanguine complète (FSC);
- Électrolytes, créatinine;
- Créatinine-kinase (CK);
- Hémoglobine glyquée (HbA1c);
- Bilan lipidique;
- Hormone thyroïdienne (TSH);
- Prélèvements vaginaux pour culture;
- Le Strep Test;
- Analyses pertinentes à la détection des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- Test PAP;
- Test de dépistage de l'ADN du virus du papillome humain (VPH), si le résultat au test PAP est anormal;
- Radiographie dans le cas de symptômes cliniques d'ostéomyélite;
- Radiographie de la cheville et du genou.

L'utilisation de ces tests par une infirmière ne viserait pas nécessairement le diagnostic. Le but est de faciliter le dépistage, l'évaluation ou la surveillance clinique dans certaines situations. Par exemple, pouvoir prescrire une analyse d'urine chez une femme présentant des symptômes d'infection urinaire éviterait la consultation médicale; si le résultat est positif, l'infirmière pourrait prescrire le traitement. Le pouvoir de prescrire les analyses pour la détection des ITSS permettrait de diminuer significativement les risques de propagation grâce à une prise en charge plus rapide.

Un autre motif fréquent de consultation médicale à l'urgence ou en clinique est celui de prolonger l'ordonnance déjà émise par le médecin. Le pouvoir de prolonger une telle ordonnance et d'ajuster un médicament pour une maladie chronique ou une condition mineure dont le diagnostic et le traitement sont déjà connus permettrait aux infirmières de s'assurer d'abord d'évaluer la condition physique et mentale du patient avant de renouveler l'ordonnance du médecin et, en cas de doute, de prendre un rendez-vous pour que le patient consulte le médecin de nouveau.

Enfin, la Fédération veut attirer l'attention du gouvernement sur le récent *Règlement modifiant le Code de déontologie des médecins* (Décret 1113-2014) du 10 décembre 2014. À l'article 112.1 du Code de déontologie, les médecins doivent collaborer avec les autres professionnelles de la santé et les autres personnes habilitées dans la prestation de soins de santé à un patient. Cependant, à l'article 113, le *Code de déontologie des médecins* laisse à leur jugement s'il est nécessaire de fournir ou non à un autre professionnel de la santé qui lui a dirigé ou à qui il dirige un patient tout renseignement utile aux soins et services à fournir à ce patient. Ce vestige d'une collaboration à géométrie variable au seul jugement du médecin est loin de faciliter la réelle collaboration qu'il doit y avoir entre le corps médical et les autres professionnelles de la santé pour le meilleur intérêt des patients. Il serait à-propos que le gouvernement intervienne auprès du Collège des médecins pour qu'il modifie son Code de déontologie afin d'ancrer sur une base déontologique une réelle collaboration interprofessionnelle.

De nombreux bénéfices immédiats peuvent être envisagés avec l'octroi de pouvoirs additionnels de prescriptions aux infirmières :

- Un désengorgement du système de santé, particulièrement en première ligne;
- Une réponse adaptée aux besoins cliniques diversifiés des Québécois en temps opportun et près de leur milieu de vie en leur permettant de consulter le professionnel de la santé de leur choix;

- Une plus grande continuité des services et d'interdisciplinarité entre les professionnels de la santé par la possibilité de se référer les patients en fonction de l'expertise et des compétences de tous;
- Une meilleure performance du système de santé.

Pour moderniser tant la pratique médicale que la pratique des professionnelles en soins, pour dégager les médecins des cas simples tout en les appuyant dans la constitution du dossier clinique du patient, la FIQ recommande :

1. « De mettre au même niveau que l'Ontario la réglementation professionnelle régissant les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) au Québec afin d'y ajouter le droit de poser un diagnostic;
2. D'accorder le droit de prescrire de manière indépendante à toutes les infirmières praticiennes spécialisées tous les médicaments inscrits sur les listes établies au niveau provincial (la même liste que celle des médecins et des dentistes du Québec, ex : RGAM et établissements), en réponse à un diagnostic ou à une évaluation selon leurs compétences et leur champ d'expertise;
3. De simplifier le processus d'élaboration et de révision des listes de médicaments nécessaires à la pratique prescriptive des infirmières et de centraliser cette liste au niveau national en procédant aux changements législatifs nécessaires;
4. D'accorder le droit aux infirmières de prescrire un médicament pour une condition mineure lorsque le diagnostic et le traitement sont connus et d'adopter une loi à cet effet;
5. D'accorder le droit aux infirmières de prescrire certaines analyses de laboratoires, des radiographies et certains tests en adoptant une loi à cet effet;
6. D'accorder le droit aux infirmières de prolonger l'ordonnance d'un médecin pour une maladie chronique ou une condition mineure en adoptant une loi à cet effet;
7. D'intervenir auprès du Collège des médecins ou par l'entremise de l'Office des professions du Québec pour créer l'obligation faite aux médecins de collaborer avec les autres professionnelles de la santé, notamment par l'obligation de transmettre les données cliniques du patient requis;

8. La FIQ propose au gouvernement de retirer la tutelle médicale sur la réglementation de la profession infirmière en bonifiant la *Loi sur les infirmières et infirmiers* et en accordant des nouvelles activités réservées, soit le droit de poser un diagnostic pour les IPS, le droit à la prescription infirmière de manière indépendante et le droit de poser des gestes médicaux de base pour améliorer les soins et services de première ligne.

Ces nouveaux pouvoirs accordés aux professionnelles en soins garantirait aux patients du Québec des soins sécuritaires, accessibles, continus et de qualité. »

4^e levier

Accentuer le déploiement des nouveaux rôles des professionnelles en soins

En 2001, les membres du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière étaient venus à un consensus, entre autres, quant à la nécessité d'accentuer le déploiement des nouveaux rôles infirmiers. Ces rôles allaient permettre – était-il souhaité – de favoriser l'attraction et la rétention dans cette profession durement touchée par une pénurie de main-d'œuvre et de promouvoir une adéquation entre les compétences infirmières et les besoins de santé de la population. L'une des mesures du plan d'action de ce Forum visait à « mettre en place les conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus » (MSSS, 2001b, p. 60). Des actions concrètes avaient alors été proposées pour « revoir l'organisation des soins, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières » (MSSS, 2001b, p. 116) en faisant, entre autres, la promotion de la pratique dans les domaines très spécialisés, du rôle d'infirmière première assistante en chirurgie, des infirmières expertes en activités clinico-administratives et du rôle d'infirmière praticienne. Depuis, des rôles tels que ceux d'infirmière-pivot en oncologie ou d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections sont venus enrichir encore davantage la pratique infirmière. La pratique infirmière en santé mentale et en relations humaines a également été encadrée par des activités professionnelles réservées au cours des dernières années.

Ces nouveaux rôles professionnels contribuent de façon importante à la qualité, la sécurité, l'accessibilité et la continuité des soins. Par exemple, il a été démontré que les infirmières-pivots en oncologie amélioraient significativement « la gestion des symptômes, le suivi des patients, l'utilisation des ressources, la personnalisation des soins, le vécu des patients et des membres de leur famille, les liens avec les soins à domicile, la rapidité de la détection et la prise en charge des urgences en oncologie » (AIIC, 2001; Plante et Joannette, 2009), réduisant ainsi les visites à l'urgence.

La FIQ recommande dans ce mémoire d'améliorer l'accès aux soins et aux services de santé par de nouveaux modèles novateurs qui tiennent compte de certains principes fondamentaux. Tout d'abord, il est impératif de répondre aux besoins de la communauté en offrant des services adaptés. L'octroi du pouvoir décisionnel aux professionnelles en soins et à la population s'avère également incontournable afin de créer une réelle participation citoyenne. La prise en charge des maladies chroniques et de la clientèle orpheline ainsi que le rôle prépondérant des professionnelles en soins dans les activités de prévention et de promotion de la santé constituent d'autres prémisses essentielles au déploiement de ces nouveaux modèles.

Les statistiques sur le lieu de pratique laissent croire qu'un nombre très limité d'infirmières sont en mesure d'occuper ces nouveaux rôles professionnels (voir Annexe 4). Les données concernant l'Ontario mettent également en lumière la nécessité de promouvoir les nouveaux rôles professionnels et la pratique avancée partout au Canada.

La situation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS)

La pratique des infirmières praticiennes spécialisées est l'un des nombreux moyens par lesquels les professionnelles en soins peuvent contribuer à l'accessibilité et à la continuité des soins. Au printemps 2014, dans le cadre de la dernière campagne électorale, le Parti libéral s'était d'ailleurs engagé à former 2 000 nouvelles IPS sur une période de 10 ans (Maisonneuve, 2014).

Les données de 2013-2014 indiquent qu'au Québec, on retrouve actuellement dans les quatre spécialités accessibles aux IPS : 173 IPS en soins de première ligne, 31 IPS en cardiologie, 14 IPS en néonatalogie et 14 IPS en néphrologie, pour un total de 232 infirmières praticiennes spécialisées (OIIQ, 2014). Bien que le MSSS souhaite que 80 à 90 IPS soient formées par année, ce sont plutôt de 35 à 50 diplômées qui arrivent dans le RSSS chaque année, étant donné le corps professoral limité et le nombre restreint de milieux de stages.

Quant au nombre d'IPS, le Québec accuse malheureusement un retard important avec d'autres provinces canadiennes. Par exemple, l'Ontario compte 2 209 infirmières praticiennes et a déjà mis en place 26 cliniques dirigées par des IPS en soins de première ligne (IPSPL) (Noël, 2015). Dans ces cliniques, les IPS répondent à des besoins de santé courants et font le suivi de maladies chroniques. Elles travaillent de façon autonome, prescrivent les tests diagnostiques requis, peuvent poser des diagnostics (OIIQ, 2011), prescrire la médication et les traitements requis et faire le suivi de leurs propres patients. Un médecin-collaborateur visite la clinique

dirigée par une IPS à un moment prédéterminé pour répondre aux besoins des cas complexes qui requièrent véritablement son expertise.

La FIQ constate que de nombreux facteurs viennent freiner ou restreindre la pratique des IPS québécoises, limitant ainsi leur contribution plus que nécessaire à l'accessibilité et à la continuité des soins et services dispensés à la population du Québec. Dans un premier temps, force est de constater que la formation des IPS au Québec, qui comprend 75 crédits universitaires (maîtrise en sciences infirmières et diplôme additionnel en sciences médicales) échelonnés sur deux à trois ans est plus longue que celle des IPS ailleurs au Canada. Alors que toutes les universités québécoises offrant ce programme de formation mettent de l'avant un programme de 950 heures, dont 630 heures de théorie, la moyenne canadienne se chiffre à 764,6 heures de formation (OIIQ, 2013).

Qui plus est, malgré cette formation de haut niveau, les IPS québécoises ne peuvent, de par la réglementation qui encadre leur pratique, bénéficier du même degré d'autonomie que leurs collègues canadiennes. Par exemple, elles ne peuvent amorcer le traitement des maladies chroniques fréquentes, telles que le diabète, l'asthme, les maladies obstructives pulmonaires chroniques, l'hypertension, l'hypercholestérolémie ou l'hypothyroïdie, mais doivent attendre que leur médecin-partenaire voie le patient et prescrive le traitement avant de l'amorcer (OIIQ, 2013). On sait pourtant que le traitement des maladies chroniques fait partie des principaux défis du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), que leur traitement précoce est privilégié et que les résultats de la prise en charge des maladies chroniques par les IPS sont équivalents à ceux obtenus par les médecins (Aleshire et coll., 2012).

Les IPS québécoises formulent une impression diagnostique, mais ne peuvent poser un diagnostic à proprement parler, contrairement à celles ailleurs au Canada. Elles ne peuvent non plus référer directement leurs patients pour consultation à des médecins spécialistes, ce qu'une sage-femme ou un optométriste peuvent pourtant faire au Québec. Enfin, on ne permet pas aux IPS québécoises de donner un congé hospitalier à leurs patients, ce qui est une pratique courante en Ontario, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Colombie-Britannique. Ce dernier point n'est pas à négliger lorsqu'on sait que de donner leur congé aux patients qui nécessitent un niveau de soins autres qu'aigus est un facteur qui peut avoir un impact important sur le temps d'attente pour un lit en centre hospitalier (ICIS, 2007).

Les IPS au Québec ont autant sinon plus que les IPS des autres provinces les compétences nécessaires pour prescrire de façon appropriée, dans le meilleur intérêt des patients. Malgré cela, leur pouvoir de prescription est également limité et soumis à un processus peu flexible. Ces professionnelles

peuvent en effet uniquement prescrire des analyses de laboratoire et des examens d'imagerie médicale et prescrire, renouveler ou ajuster des médicaments à partir de listes prédéterminées (ex. : listes de classes de médicaments résultant d'une entente OIIQ-Collège des médecins pour les IPSPL, règles d'utilisation des médicaments adoptées par le CMDP et le CA de chaque établissement pour les IPS des autres spécialités). Ces listes ne reflètent malheureusement pas toujours les changements au regard de la pratique professionnelle, ce qui n'optimise pas le processus de prise en charge des patients par les IPS. On note également que le renouvellement ou l'ajustement de médicaments est limité aux médicaments prescrits par le médecin-partenaire de l'IPS, ce qui ne favorise pas la prise en charge de la clientèle orpheline. Dans toutes les provinces canadiennes sauf l'Île-du-Prince-Édouard, les IPS peuvent prescrire de façon ouverte et, ainsi, occuper pleinement leur champ d'exercice (voir Annexe 5).

Mais pourquoi la pratique des IPS au Québec rencontre-t-elle autant d'embûches? Des IPS membres de la FIQ ont répondu à cette question. Il est difficile pour elles de profiter d'une véritable autonomie professionnelle, car le rôle des IPS a été pensé selon un modèle médical traditionnel et la rémunération des médecins est intimement liée à leur pratique. Ce sont donc les médecins qui déterminent quels patients consulteront l'IPS et si l'IPS peut accepter de nouveaux patients. Ce sont également les médecins qui décident du nombre de médecins dans un milieu de pratique qui collaboreront à titre de médecins-partenaires avec l'IPS. Le rôle de l'IPS est aussi encore méconnu dans plusieurs milieux, de sorte que les attentes et les conditions de vie au travail des IPS varient grandement selon le médecin, gestionnaire ou personne en charge de la gouvernance clinique avec qui elles interagissent. Qui plus est, étant donné que les patients sont uniquement inscrits au nom des médecins à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la contribution des IPS aux soins est peu visible.

Dans ce contexte, le projet de loi n° 20 soulève des préoccupations chez des IPS qui craignent d'être utilisées dans certains milieux de soins principalement pour alléger la tâche des médecins plutôt que dans l'objectif de maximiser leur contribution aux soins de par leur champ de pratique. Ailleurs, certaines IPS croient que leurs médecins-partenaires pourraient soit vouloir se réapproprier une partie de leur charge de travail (*case/oad*) pour atteindre les exigences du projet de loi n° 20 ou vouloir cesser complètement de travailler avec une IPS. Cette éventualité nuirait à l'accessibilité aux soins ainsi qu'à la continuité et à la sécurité des soins dispensés aux patients ayant des problèmes de santé complexes pour lesquels la collaboration médicale est essentielle et violerait les ententes de partenariat IPS-médecin. Les IPS ont le souci d'agir dans les limites de leur champ de pratique et veulent s'assurer que tous les Québécois puissent consulter la bonne intervenante avec la bonne formation pour répondre à leurs besoins de santé.

Une intervention du ministre de la Santé et des Services sociaux s'impose pour amoindrir sans délai, par règlement, ces diverses barrières à la pratique des IPS au Québec, ces professionnelles dispensant des soins sécuritaires et ayant un rôle certain à jouer pour l'atteinte des objectifs du projet de loi n° 20. La FIQ est d'avis qu'une pratique plus autonome serait à privilégier pour les IPS, permettant ainsi aux Québécois d'avoir accès à des soins offerts en complémentarité au modèle médical. Des investissements pour permettre la formation d'un nombre accru d'IPS sont et seront aussi incontournables pour que le Québec rattrape son retard en ce domaine.

Pour optimiser ce 4^e levier, la FIQ recommande :

« Que les nouveaux rôles des professionnelles en soins soient davantage mis à contribution dans les milieux de soins.

Que la direction des soins infirmiers au ministère de la Santé et des Services sociaux réalise sans tarder des travaux avec la FIQ pour promouvoir et implanter de nouveaux rôles des professionnelles en soins dans tous les milieux de soins et de services de santé du réseau sociosanitaire québécois.

Que les milieux de pratique soient sensibilisés à la contribution possible des professionnelles en soins.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux intervienne sans délai pour amoindrir, par règlement, les diverses barrières à la pratique des IPS au Québec.

Que les barrières à la pratique des rôles novateurs des professionnelles en soins soient levées dans tous les milieux de soins.

Que la gouvernance des soins infirmiers et cardiorespiratoires facilite l'exercice par les professionnelles en soins d'un véritable pouvoir sur leur pratique. »

5^e levier

Renforcer et accroître les lieux de pratique de première ligne extrahospitaliers

L'accès à des soins de première ligne ne passe pas nécessairement par la pratique médicale, les compétences de chaque membre de l'équipe de soins étant complémentaires. Pour une meilleure prise en charge des besoins de la population, la FIQ croit en une première ligne forte basée sur les compétences des professionnelles en soins infirmiers et cardio-respiratoires. En effet, la majorité des besoins de santé en première ligne

« sont de nature primaire et peuvent être pris en charge par une équipe interdisciplinaire supportée par une infirmière d'expérience » (Daoust-Boivert, 2015). Malgré cela, c'est seulement 13,3 % des patients qui rencontreraient toujours une infirmière à leur endroit habituel de soins (clinique ou bureau de médecin, CLSC, urgence d'un centre hospitalier ou clinique externe d'un centre hospitalier), alors que 14,1 % en rencontreraient à l'occasion et 72,6 % n'en rencontreraient jamais (ISQ, 2013a).

La FIQ croit fermement en la nécessité que toutes les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoire qu'elle représente (infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes) puissent jouer pleinement leur rôle professionnel dans le but d'améliorer l'accessibilité des Québécois à des soins sécuritaires et de qualité, et de favoriser la continuité des soins. À titre d'exemple, en première ligne, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les infirmières contribuent, entre autres, activement aux soins dispensés à domicile, en GMF, à Info-Santé, dans des cliniques dirigées par des infirmières et en CLSC.

En soins primaires, secteur critique pour l'accessibilité aux soins, certains des buts de la pratique infirmière qui ont été documentés sont : « améliorer la promotion de la santé et encourager les comportements liés à un mode de vie sain, accélérer l'accès aux soins primaires, améliorer l'utilisation des ressources [...], améliorer la prise en charge des maladies chroniques, favoriser la continuité et la coordination des soins, améliorer la qualité des soins et pourvoir l'accès à deux fournisseurs de santé ou plus ayant des compétences complémentaires (AIIIC, 2014) ». Des parallèles peuvent être faits pour l'ensemble des professionnelles en soins membres de la Fédération.

Il est certain que les professionnelles en soins qui pratiquent en première ligne, qui dispensent des soins sécuritaires et de qualité, contribuent grandement à éviter des hospitalisations et favorisent la continuité des soins de différentes façons (voir Annexe 3), par exemple : en procédant à l'évaluation de l'état de santé, en faisant la promotion de la santé et des saines habitudes de vie, en offrant des soins préventifs, en cernant les risques que présentent les patients sur le plan bio-psycho-social, en effectuant du triage, en préparant les patients à leur rendez-vous avec le médecin, en éduquant les patients et leur entourage (ex. : pour les outiller davantage à s'occuper de leur maladie chronique), en participant à des activités de santé publique, en faisant des visites à domicile, en procédant au suivi systématique d'une clientèle vulnérable, en collaborant au sein de l'équipe de soins, en effectuant le suivi des patients ayant des maladies chroniques ou en faisant le lien entre le patient et d'autres programmes ou ressources du milieu susceptibles de répondre à ses besoins de santé.

Il importe que les patients aient en première ligne de multiples accès à des soins de santé et qu'ils puissent consulter l'intervenante adaptée à leurs besoins. Le CLSC et les soins à domicile sont un bon exemple de pratique où les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes collaborent avec l'ensemble de l'équipe de soins pour répondre aux besoins des patients dans leur milieu. En plus des soins donnés, ces professionnelles sont en mesure d'accompagner le patient avant, pendant et après le processus de soins. La tendance canadienne va aussi dans le sens de renforcer les soins à domicile ou dans la communauté (CLSC), tel qu'en témoignent les investissements ayant récemment été réalisés en ce sens au Nouveau-Brunswick et en Ontario (ICIS, 2007). Dans les dernières années, la FIQ a dénoncé le travail de certaines firmes externes visant à segmenter et à standardiser la pratique des professionnelles en soins à domicile (FIQ, 2013b). Des mesures doivent plutôt être mises en place pour favoriser la qualité de vie au travail des professionnelles en soins œuvrant en CLSC en favorisant « l'autonomie dans la pratique professionnelle, la satisfaction au travail, l'environnement de travail sain, les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect, les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire, le travail en partenariat avec les pairs [...], l'engagement envers les clients et leur famille et l'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale » (Brousseau, 2006, p. 66). De plus, il est urgent que les CLSC reçoivent le financement nécessaire pour donner une plus grande portée aux services disponibles dans la communauté ou à domicile.

Récemment, deux initiatives ont vu le jour qui sont en parfaite adéquation avec les principes fondamentaux mis de l'avant par la Fédération. Ces nouveaux modèles militent en faveur d'un élargissement du rôle des professionnelles en soins dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé de première ligne, soit la création d'un Centre de prévention clinique au CSSS du Sud-Ouest-Verdun et la création de la clinique de proximité de la coopérative SABSA.

Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Le CSSS du Sud-Ouest-Verdun a pris l'initiative de créer un Centre de prévention clinique visant une clientèle en bonne santé, sans médecin de famille. Le mandat de ce centre est simple : permettre à la clientèle orpheline de rencontrer une infirmière pour un bilan de santé, en attendant qu'elle puisse être vue par un médecin. Le Centre de prévention clinique a été mis en place pour offrir des services préventifs aux adultes âgés de 18 à 60 ans qui sont en attente d'un médecin de famille et qui n'ont aucun diagnostic médical nécessitant un suivi particulier.

En attendant que les patients rencontrent un médecin, le Centre de prévention clinique privilégie d'abord une rencontre avec une infirmière clinicienne qui lui offrira des conseils cliniques et fera un bilan de santé préventif. Si l'infirmière détecte des facteurs de risque, elle dirigera les patients vers une infirmière praticienne spécialisée. Si cette dernière identifie des éléments inquiétants, les patients seront alors référés à un médecin.

Les infirmières qui travaillent au Centre de prévention clinique du CSSS du Sud-Ouest Verdun jouissent d'une autonomie professionnelle grâce à la collaboration d'une infirmière praticienne spécialisée et d'un médecin ainsi qu'à la mise en place d'ordonnances collectives. Le Centre de prévention clinique révèle que les professionnelles en soins peuvent jouer un rôle accru dans la prise en charge de patients orphelins.

La clinique de proximité de la coopérative SABSA - service à bas seuil d'accessibilité

En octobre 2014, la FIQ a lancé un premier projet pilote de clinique de proximité en s'associant à la coopérative SABSA. Cette clinique de proximité de soins de première ligne située à Québec apporte une solution concrète aux problèmes d'accès aux soins avec l'apport de professionnelles en soins (notamment des IPS, des infirmières, une nutritionniste et des intervenants psychosociaux) (Porter, 2015). Ainsi, l'organisation et la dispensation des soins et des services sont effectuées par des professionnelles en soins et de la santé. Des médecins-partenaires à l'extérieur de la clinique sont disponibles pour discuter ou prendre en charge des cas plus complexes.

Le projet de recherche-action, auquel la FIQ participe avec la Coopérative SABSA, est mené par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et des chercheurs de l'Université de Montréal. Il vise notamment à évaluer l'apport de ce type de modèles de soins et de services de santé de première ligne au réseau de la santé du Québec et ses impacts dans la communauté. De telles initiatives sont nécessaires pour démontrer que les professionnelles en soins ont leur place dans les soins de première ligne.

D'abord dédiées à une clientèle atteinte d'hépatite C et de VIH, les professionnelles de la clinique de proximité SABSA offrent maintenant une réponse à des problèmes de santé courants, assurent le suivi de maladies chroniques, font de la prévention, de l'enseignement et des visites à domicile, si nécessaire. Elles répondent donc aux besoins des résidents des quartiers St-Sauveur et St-Roch qui contactent la clinique ou qui s'y présentent, évitant ainsi une visite à l'urgence. Cette clinique de proximité

s'est donnée pour mission de permettre aux patients d'être vus rapidement par des professionnelles de la santé, pendant des heures d'ouverture flexibles et adaptées aux patients, afin de répondre à certains besoins de soins de première ligne, de faire de la prévention ainsi que de promouvoir la santé.

Ce projet novateur permet non seulement aux professionnelles en soins de jouer pleinement leur rôle et de bonifier leur contribution, mais également de compléter l'offre de services à la population dans les endroits où les besoins se font sentir. Il permet aussi à des gens d'avoir accès à un suivi alors que leur condition médicale ne justifie pas une visite médicale. Depuis sa création, la clinique de proximité SABSA a accueilli 460 nouveaux patients entre les mois d'octobre 2014 et le début mars 2015. Au cours de cette même période, la compilation des consultations se dénombre à 900 visites en 97 jours d'ouverture de la clinique. Sur l'ensemble de ces consultations réalisées par les professionnelles en soins et de la santé, il faut souligner que seulement deux patients ont été référés à un médecin-partenaire alors que quatre patients ont été référés à l'urgence.

Pour la FIQ, cette clinique de proximité fondée, administrée et opérée par des professionnelles en soins et de la santé marque une avancée significative dans l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne au Québec. Des initiatives comme celles-ci peuvent en inspirer d'autres. La question de l'accès aux soins doit dépasser le cadre habituel qui limite les pistes de solution préconisées à l'accès aux services de médecine alors qu'elle devrait se consacrer à l'accroissement du rôle des professionnelles en soins et de la santé dans la dispensation des interventions non médicales.

La FIQ est convaincue de la pertinence et de la nécessité de multiplier d'autres projets novateurs véritablement en phase avec les besoins de la population et des communautés partout au Québec, au sein du RSSS, pour permettre à un plus grand nombre de personnes de bénéficier de l'expertise des professionnelles en soins et d'avoir accès aux soins requis (Daoust-Boisvert, 2015). La coopérative SABSA permet sans aucun doute à des personnes vulnérables qui ont difficilement accès à des services de santé de recevoir des soins de qualité. La Fédération a toutefois été surprise de constater que plus de 50 % des personnes qui visitent actuellement la clinique sont inscrits auprès d'un médecin de famille, mais n'arrivent pas à avoir un rendez-vous dans un délai raisonnable.

Cette conclusion n'est malheureusement pas surprenante lorsqu'on sait que le rôle des professionnelles en soins en GMF est encore à consolider pour un accès optimal aux soins de santé. Les études démontrent en effet que la contribution de l'infirmière varie selon son milieu de pratique et que ses compétences peuvent être sous-utilisées. Par exemple, selon le GMF,

l'infirmière peut soit jouer un rôle de collaboratrice qui prend en charge conjointement les patients avec le médecin (évaluation, éducation, coordination des soins), ou bien jouer essentiellement un rôle d'assistance au médecin (D'Amour et coll., 2008). Ceci est préoccupant, sachant que 64 % des Québécois qui ont un endroit habituel de soins consultent un GMF (ISQ, 2013a) et qu'ils devraient tous pouvoir bénéficier de l'expertise des professionnelles en soins. Une masse critique de professionnelles en soins est également nécessaire pour que les bienfaits de leur contribution professionnelle puissent se faire sentir. Lorsqu'on sait, par exemple, que seulement 2,6 % des infirmières au Québec pratiquent en GMF, clinique réseau ou clinique privée, on en vient rapidement à la conclusion qu'il est nécessaire de renforcer et d'accroître les lieux de pratique de première ligne extrahospitaliers des professionnelles en soins (OIIQ, 2014a).

En 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié le *Guide d'intégration des professionnels en GMF*. Ce document, dans un contexte où une offre de service élargie en GMF est souhaitée, avait comme objectif de « guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF » (MSSS, 2014a et 2014b). Pour les inhalothérapeutes, par exemple, le document rappelait leurs activités professionnelles, listait certains problèmes de santé pour lesquels le médecin et l'inhalothérapeute peuvent collaborer et soulignait des modèles de suivi des patients réels, expérimentés par certains GMF. Un document similaire a également été produit pour les infirmières cliniciennes. Bien que la FIQ croit que l'ensemble de ses membres a un rôle important à jouer en GMF, elle est tout à fait d'accord avec une telle initiative visant à éduquer les milieux de soins sur la contribution possible des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires et recommande qu'elle se poursuive. Plutôt que d'encadrer la pratique médicale en soins de première ligne, ne serait-il pas plus pertinent que le MSSS mette en place certaines mesures pour s'assurer que les professionnelles en soins mises à la disposition des GMF par les CSSS soient en mesure d'occuper pleinement leur champ de pratique? La réponse à cette question est évidente.

La FIQ applique la même réflexion à la pratique des professionnelles en soins à Info-Santé, un milieu de pratique non négligeable en ce qui a trait à la réponse aux besoins de santé de la population québécoise. Alors que les gestionnaires semblent davantage se soucier de l'« accessibilité » des soins d'un point de vue quantitatif (Bertrand, 2011), la Fédération se soucie davantage des mesures à mettre en place à Info-Santé pour permettre aux infirmières de jouer pleinement leur rôle d'évaluation de l'état de santé et d'éducation auprès des patients (charge de travail acceptable, formation continue, préceptorat, etc.).

Pour optimiser ce 5^e levier, la FIQ recommande :

« Que les soins à domicile ou dans la communauté soient renforcés.

Que des mécanismes soient mis en place pour favoriser l'apport biopsychosocial et la qualité de la pratique des professionnelles en soins qui exercent leur profession dans la communauté (CLSC, GMF, Info-Santé, cliniques dirigées par des infirmières, etc.).

Qu'il y ait partout au sein du réseau public de santé au Québec une multiplication de cliniques de proximité dirigées notamment ou exclusivement par des professionnelles en soins pour permettre à un plus grand nombre de personnes de bénéficier de l'expertise des professionnelles en soins et d'avoir accès aux soins requis.

Que les structures en santé communautaire, notamment les CLSC, reçoivent un financement nécessaire et approprié pour accroître l'ampleur et la portée de l'offre de service disponible dans la communauté ou à domicile.

Que soit accrue, dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les autres modèles agréés, la présence de professionnelles de la santé autres que des médecins. »

6^e levier

Renforcer l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soins pour assurer une meilleure prise en charge et un suivi des patients, particulièrement ceux affectés de maladies chroniques

En 2009, dans son rapport d'appréciation de la performance du système de santé, le Commissaire à la santé et au bien-être recommandait de « favoriser la pratique médicale de groupe » et d'« accroître l'interdisciplinarité en première ligne ». En 2010, il réitérait cette recommandation « afin d'améliorer la performance des soins et des services liés aux maladies chroniques ». En 2011, rappelant le retard du Québec vis-à-vis l'interdisciplinarité en première ligne, il insistait « sur la nécessité que le Québec accélère la mise en place de mesures favorisant la participation en première ligne de professionnels non médecins (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, nutritionniste, etc.) dans les pratiques de groupe, de faire un effort important pour augmenter le nombre d'infirmières praticiennes et d'élargir le rôle des pharmaciens en ce qui concerne la gestion des ordonnances et des problèmes de santé mineurs » (CSBE, 2009; 2010; 2011 b).

Une importante littérature scientifique montre que le travail en interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle en première ligne permettent d'accroître la qualité des soins, d'améliorer l'utilisation des ressources disponibles et de favoriser la promotion et la prévention dans le domaine de la santé. De ce fait, un plus grand travail en interdisciplinarité pourrait avoir un impact significatif sur l'accessibilité en première ligne et l'utilisation des urgences, contribuant ainsi à un meilleur accès aux soins.

Les évaluations portant sur les soins et les services interdisciplinaires montrent de façon constante que les patients qui reçoivent des services de la part de professionnels paramédicaux⁴ en plus de services de première ligne vont au moins aussi bien que les patients ayant reçu des services de leurs médecins uniquement, et bon nombre d'études signalent des améliorations significatives (FCRSS, 2005).

Bien que les structures diffèrent d'une équipe interdisciplinaire à l'autre, ces équipes comptent habituellement des infirmières, des infirmières praticiennes ou d'autres professionnels paramédicaux travaillant de manière autonome ou semi-autonome avec un médecin. L'interdisciplinarité suppose donc des interactions significatives et une coordination des actions de divers intervenants dans l'élaboration des plans d'interventions et de traitements des patients.

L'intégration des services, leitmotiv de la restructuration actuelle du système sociosanitaire au Québec, doit amener tous les intervenants d'un même territoire à se porter responsables de l'accessibilité, de la continuité et de la coordination des services auprès de la population qu'ils desservent. Ces intervenants ont besoin les uns des autres pour ce faire. À cette fin, la collaboration interprofessionnelle sous toutes ses formes (intra/inter/multi/trans/disciplinarité) s'impose et doit être facilitée.

Une synthèse effectuée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS : 2007) indiquait que tout portait à croire que le renforcement de la collaboration interprofessionnelle donnait des résultats positifs tant pour les fournisseurs de services que pour le système et le patient. De plus, tant dans des domaines spécialisés comme les services de santé mentale que dans la prévention et la gestion des maladies chroniques, on tirait avantage de la collaboration interprofessionnelle. Cette forme de collaboration présenterait aussi des avantages sur le plan des

⁴ Par profession paramédicale, on entend les professionnels de la santé œuvrant sous la responsabilité, ou conjointement avec les médecins : les infirmières, les pharmaciens, les inhalothérapeutes, par exemple. Par profession périmédicale, il est plutôt question de professions connexes au système de soins de santé comme les ergothérapeutes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes. (Hudon, Mathieu et Martin, 2009 : 274)

coûts dans certains services de santé de première ligne (ex. : réduction des taux de réhospitalisation et réduction des coûts des services de première ligne à domicile pris en charge par des équipes).

Bien que la performance du Québec en matière de soins qui dépendent d'une prestation interdisciplinaire soit plutôt faible comparativement à l'Ontario par exemple, certains modèles d'interdisciplinarité sont présents dans la province de Québec (CLSC, GMF). Ils constituent certes une base sur laquelle peut se développer une offre de services interdisciplinaires dans l'ensemble du réseau. Cependant, cela ne sera possible que si l'on met en place des mécanismes pour contrer les obstacles qui affaiblissent, amenuisent ou empêchent le renforcement et la consolidation d'une véritable pratique de collaboration interprofessionnelle dans le réseau sociosanitaire québécois.

Les obstacles liés à une telle collaboration sont de divers ordres : le manque de communication entre les professionnels, le chevauchement des rôles des prestataires de soins, la méconnaissance des rôles, des compétences et des connaissances entre les professionnels de la santé, les différences de niveaux de langage et de terminologie, des cultures professionnelles différentes, une culture de collaboration globale inexistante, des structures hiérarchiques traditionnelles qui ne se prêtent pas à un travail de collaboration et d'interaction, etc. Pour la FIQ, le principal obstacle à la collaboration interprofessionnelle est relié au phénomène de hiérarchisation qui persiste dans la composition et dans le fonctionnement des équipes interprofessionnelles.

L'adoption en 2002 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90) « visait un usage plus efficace des ressources disponibles dans le réseau de la santé [...]. Cette loi voulait marquer un tournant dans l'organisation des professions de la santé en favorisant le passage d'un modèle vertical de délégation des responsabilités par les médecins à un modèle horizontal de collaboration interprofessionnelle, pour arriver à un nouveau partage des activités entre les membres du corps médical et ceux des autres professions paramédicales » (Hudon, 2009 : 249; Hudon, Martin et Perreault, 2009 : 324). Pour diverses raisons, notamment le refus des médecins de déléguer le diagnostic et la détermination du traitement médical, cet objectif a été imparfaitement atteint (Hudon, Martin, Perreault, 2009). Selon D'Amour, Tremblay et Proulx (2009 : 303), « sans exclure que plusieurs autres facteurs peuvent contraindre l'expansion des nouveaux rôles infirmiers dont le manque de ressources financières et humaines, [...] le contrôle exercé par la profession médicale poserait un frein à la pleine réalisation des nouveaux rôles infirmiers notamment dans les GMF ». Il est opportun de rappeler que l'une des critiques exprimées en 2001 lors de l'annonce de la création de GMF était que ce modèle était un modèle

essentiellement professionnel à dominance médicale plutôt qu'un projet interdisciplinaire et qu'« il reproduisait en soins de première ligne une hiérarchie interprofessionnelle semblable à celle du milieu hospitalier où les médecins conservait toujours leur position structurellement dominante [...] » (D'Amour, 2001 : 136-137).

La FIQ est convaincue que si, à l'exemple de l'Ontario, le Québec créait une structure comme celles des Équipes de santé familiale (ESF) (et non plus des équipes de médecine de famille) cela contribuerait certes à mettre davantage l'accent sur le rôle important joué par l'ensemble des professionnels qui collaborent au sein d'une équipe interprofessionnelle.

Par ailleurs, pour favoriser et promouvoir l'uniformité, la clarté et la portée des partenariats de collaboration interprofessionnelle, il faudrait non seulement disposer d'un meilleur appui réglementaire et législatif (Barrett *et al.* 2007), mais aussi d'une volonté politique. L'exemple des dirigeants ontariens à cet égard est fort intéressant et les dirigeants québécois gagneraient à s'en inspirer.

À ce sujet, la FIQ croit utile de rappeler à titre informatif qu'en 2006, un comité directeur de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé a été formé en Ontario pour élaborer un plan directeur qui avait pour but de guider le gouvernement, les éducateurs, les soignants, les directeurs administratifs, les organismes de réglementation et les patients sur les façons de faire de l'adoption de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, une réalité.

Pour réaliser ces travaux, ce comité s'est adjoint plusieurs experts représentant un grand nombre d'organismes, notamment des hôpitaux, des organismes communautaires, des collèges et des universités, des organismes de réglementations, des associations professionnelles, des sociétés d'assurances et des syndicats. Au terme de ses travaux, ce comité a présenté quatre recommandations et déterminé des activités associées. Ces recommandations constituent un cadre efficace de mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé.

Pour optimiser ce 6^e levier, la FIQ recommande :

« Qu'un cadre efficace de collaboration interprofessionnelle en soins de santé soit mis en place, dont les principales actions à enclencher sans délai seraient de-d' :

- **Construire l'assise, c'est-à-dire créer une base solide à partir de laquelle les activités de collaboration interprofessionnelle en soins de santé peuvent être mises en œuvre et soutenues;**

- Partager la responsabilité d'assurer que les stratégies de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé soient mises en œuvre efficacement parmi les parties intéressées;
- Mettre en place des instruments d'habilitations systémiques tels fournir des systèmes, des processus et des outils qui permettent d'enseigner, de pratiquer et d'organiser de manière systématique la collaboration interprofessionnelle en soins de santé;
- Opérer un changement de culture durable qui tienne compte de la nature de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé et l'instaurer à tous les niveaux des systèmes de santé et de l'éducation.» (Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, 2010 : V)

La FIQ fait également siennes les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport de 2009 sur l'appréciation de la performance :

« Que soit accrue, dans les groupes de médecine de famille (GMF) et les autres modèles agréés, la présence de professionnels de la santé qui ne sont pas médecins;

Que les professionnels des sciences de la santé soient formés en interdisciplinarité, particulièrement à l'occasion de stages cliniques. Cela doit être réalisé en concertation entre les milieux cliniques et les milieux d'enseignement. » (CSBE, 2009 a)

La pratique interprofessionnelle « doit être centrée sur le patient. Elle est conçue pour promouvoir la participation active de chaque discipline de la santé à la prestation des soins. Cette pratique renforce les valeurs et les objectifs axés sur le patient et la famille, fournit des mécanismes de communications continues entre les soignants, optimise la participation du personnel aux prises de décisions cliniques et préconise le meilleur respect du travail de chaque professionnel » (Comité de mise en œuvre stratégique, 2010 : 33). C'est ainsi que la FIQ conçoit la collaboration interprofessionnelle.

7^e levier

Établir et consolider les mécanismes de coordination des soins et des services de première ligne pour assurer une meilleure prise en charge et un suivi des patients, particulièrement ceux affectés de maladies chroniques

Une coordination adéquate assure un arrimage cohérent des soins et des services dispensés à une personne par plusieurs professionnels et par différentes organisations. Une diminution du recours à l'urgence passe

notamment par une restructuration des soins et des services de première ligne où l'accent doit être mis sur des mesures qui visent non seulement à améliorer l'accès rapide, mais aussi la continuité et la coordination avec les autres niveaux et personnels de soins.

Une coordination appropriée des soins et des services s'avère non seulement importante pour la santé du patient, mais elle permet également une utilisation efficiente des ressources disponibles. A contrario, une coordination déficiente peut non seulement causer des retards dans le processus de soins et générer ainsi des effets indésirables sur la santé du patient, mais elle peut aussi entraîner des coûts supplémentaires en raison de répétitions de services et de complications qui découlent de services inappropriés.

Une coordination efficace des soins, en particulier pour les patients qui ont des besoins complexes, est un attribut d'un système de santé hautement performant. Au Canada et au Québec, la situation semble être problématique en cette matière. En effet, les résultats d'une étude menée par le Commonwealth Fund auprès des adultes les plus malades indiquaient que ce sont ces malades qui étaient confrontés à plus de problèmes de coordination des soins et qui avaient plus de difficultés que l'ensemble du public à accéder à des soins coordonnés (Conseil canadien de la santé, 2011).

Au Québec, en ce qui concerne la coordination des soins et des services prodigués aux usagers présentant les plus grands besoins de santé, la province « obtient des résultats préoccupants ou très préoccupants. Les données colligées font état de lacunes autant dans la coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, que dans la coordination des soins à la sortie de l'hôpital à la suite d'une chirurgie » (CSBE, 2013 : 18).

Les résultats d'une autre étude menée par le Commonwealth Fund auprès de la population de 18 ans ou plus faisaient état du fait qu'alors qu'en Ontario, trois répondants sur quatre (75 %) indiquaient que le médecin ou une personne du cabinet les aidait à coordonner les soins reçus ailleurs, c'était le cas de seulement 56 % des répondants québécois (CSBE, 2011 a).

Au Québec, diverses ruptures de services persistent sur le continuum de soins et de services que ce soit dans la séquence de prestation de soins ou de leur coordination. À l'heure actuelle, la continuité et la coordination des soins continuent d'être des enjeux cruciaux pour la performance du système de santé québécois. Les réseaux intégrés impliquent et commandent une coordination réciproque ou collective entre les intervenants; ce type de coordination doit se traduire par un travail de collaboration interprofessionnelle. Or, la fragmentation des services de santé, avec ses problèmes d'arrimage et de coordination entre les différents

acteurs, ne facilite pas l'adoption optimale de pratiques innovantes basées sur les soins de collaboration en interdisciplinarité (CSBE, 2012 c).

Parmi les propositions de pistes de solution pour remédier à ce problème, certaines promeuvent de renforcer les mécanismes de coordination par l'implantation de la fonction de gestion de cas, par l'intégration d'infirmières praticiennes ou pivots, par l'établissement de protocoles de soins et de guides de pratique dans les milieux cliniques, par l'implantation de mécanismes d'échange d'information et par l'établissement de plans de traitements conjoints (CSBE, 2010 : 15).

Pour sa part, le Commissaire à la santé et au bien-être recommandait dans son rapport de 2010 (CSBE, 2010 : 78) de consolider les mécanismes de coordination locale des soins et des services, et il y détaillait les actions pour réaliser cette opération. Considérant que le problème de coordination persiste dans le réseau et en mine sa performance, la pertinence de cette recommandation demeure.

Pour optimiser ce 7^e levier, la FIQ recommande :

« Que pour remédier à la fragmentation des soins et des services de santé, aux problèmes d'arrimage et de coordination entre les différents prestataires de services, il est nécessaire de promouvoir et de renforcer les mécanismes de coordination par :

- L'implantation de la fonction de gestion de cas;
- L'intégration d'infirmières-pivots;
- L'établissement de protocoles de soins et de guides de pratique dans les milieux cliniques;
- L'établissement de plans de traitements conjoints. »

8^e levier

Faire davantage appel à des outils et à des pratiques cliniques émergeant des avancées technologiques et les intégrer efficacement dans les pratiques professionnelles en mettant en place des mécanismes appropriés pour en optimiser leur adoption et leur utilisation

L'une des pistes de solution qui semble rallier l'ensemble des décideurs et des intervenants du réseau de la santé pour améliorer la coordination des soins et des services porte sur l'utilisation des technologies informatiques. L'accès pour la population à un médecin régulier et l'utilisation des technologies informatiques par les médecins seraient, selon le Commissaire à la santé et au bien-être, « des leviers potentiels afin d'améliorer à la fois la coordination des soins et l'accès à des soins de routine et de suivi, de

même que la fluidité dans le parcours de soins et de services » (CSBE, 2013 : 96). La FIQ endosse totalement ce point de vue : faire davantage appel à des outils d'information et de communication informatisés constitue pour la Fédération un levier incontournable pour optimiser les soins et les services en première ligne.

À titre de rappel, la FIQ croit utile de souligner que dès les débuts des travaux enclenchés par le gouvernement concernant l'informatisation du réseau sociosanitaire québécois, elle a siégé à divers comités mis sur pied pour faire avancer ce dossier. La Fédération a participé notamment aux travaux du comité aviseur des ressources informationnelles du secteur sociosanitaire (CARISS) depuis sa création en 2004, ainsi qu'au comité consultatif clinique (CCC) mis en place dans le cadre du Dossier de santé électronique interopérable du Québec (DSEIQ) de 2005 à 2007. En 2007, elle a continué de s'impliquer dans ce courant d'informatisation avec l'arrivée du dossier DSQ.

En raison de certaines réserves et préoccupations manifestées par la FIQ, celle-ci fut peu à peu écartée des consultations menées dans le cadre de l'implantation du projet d'informatisation du réseau. Les principales préoccupations de la FIQ portaient sur la formulation du consentement de l'utilisateur qui devait être libre et éclairé (*opting in vs opting out*) sur la question de la confidentialité et la sécurité des dossiers et sur la formation que devraient recevoir ses membres en ce domaine.

Dans sa forme initiale, le DSQ avait son existence propre. Le projet du ministère concerné vise maintenant l'interopérabilité de l'ensemble des dossiers informatiques, c'est-à-dire le dossier clinique informatisé (DCI) du réseau public et le dossier médical électronique (DME) des cliniques privées. Le DSQ constitue donc maintenant plusieurs bases de données spécifiques qui pourront être disponibles par les DCI et DME. Le dossier de santé partageable du Québec (DSQ) a connu plusieurs difficultés depuis son démarrage, mais elles semblent - dit-on - s'être aplanies. Si tel est le cas, il y a tout lieu de croire que l'informatisation constituera un élément déterminant pour améliorer le fonctionnement et la performance du réseau sociosanitaire québécois.

En 2009, le Commissaire à la santé et au bien-être recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux de soutenir l'implantation du dossier médical informatisé et du dossier partageable (CSBE, 2009 : 44). Il recommandait alors d'implanter dans l'ensemble des groupes de médecine de famille et des autres modèles agréés les dossiers médicaux électroniques et les technologies associées (transmission électronique de requêtes et de renseignements, prescriptions pharmacologiques électroniques, etc.).

En 2010, il recommandait d'implanter dans tous les établissements du réseau des dossiers informatisés intégrant des informations cliniques pertinentes et que soient élaborés des protocoles et des modalités de partage de l'information provenant des dossiers cliniques informatisés des établissements permettant l'accès à l'information clinique pertinente aux acteurs pratiquant dans les autres services du réseau local (CSBE, 2010 : 88).

Comme le soulignait le Commissaire à la santé et au bien-être en 2011, de plus en plus les outils informatiques viennent appuyer et faciliter le travail des intervenants en santé (CSBE, 2011 b). L'utilité et la nécessité d'informatiser le dossier de chaque patient et les multiples bénéfices que le réseau de la santé peut en retirer font consensus.

Malgré un tel aval, l'informatisation des dossiers cliniques demeure extrêmement faible au Québec. En 2013, le Commissaire à la santé et au bien-être sonnait à nouveau l'alarme. Il indiquait dans son rapport que la faible utilisation des dossiers électroniques et des technologies informatiques par les médecins demeurait préoccupante et que cela se répercutait sur d'autres aspects de la performance du réseau, notamment sur la continuité et la coordination des soins (CSBE, 2013 : 30, 97); les résultats des enquêtes de 2009 et de 2012, pour les répondants du Québec, sont venus confirmer de manière éloquente l'à-propos de ces constats (voir Annexe 6, Figure 13).

Récemment, le docteur Barrette, ministre de la Santé, affirmait que d'ici la fin de l'année 2015, toutes les données cliniques qui concernent le patient allaient être disponibles partout au Québec et en totalité, ce qui n'est pas le cas actuellement⁵. Il est à souhaiter que les affirmations du ministre soient fondées, mais les nombreux ratés encourus à ce jour dans le développement de ce dossier invitent pour le moment à la vigilance.

Par ailleurs, comme le soulignait de manière fort pertinente le Commissaire à la santé et au bien-être, « il demeure que les enjeux liés au risque de violation de la confidentialité et d'atteinte à la vie privée doivent être pris en considération et les mesures pour protéger les informations personnelles, adoptées. [...] il devient indispensable de déterminer le type d'information pouvant être partagé ainsi que les conditions devant régir ce partage » (CSBE, 2010 : 84). La Fédération partage cette position empreinte de sagesse et endosse sans réserve les recommandations en cette matière réitérées par le Commissaire en 2010.

⁵ Entrevue de Céline Galipeau avec le Dr Barrette le 4 mars 2015 dans le cadre du Téléjournal de 22 h.

Pour optimiser ce 8^e levier, la FIQ recommande :

« Que soient mises en place, à l'échelle locale et régionale, des activités de soutien à la formation et à l'implantation de l'informatisation en milieu clinique;

Que soit développé un partenariat entre les fédérations médicales et les autorités du réseau afin de favoriser l'implantation du dossier médical informatisé et des technologies associées;

Que soient harmonisés sur le plan technologique le dossier santé partageable (dossier de santé du Québec) et les dossiers médicaux informatisés;

Que soient mis au point, en collaboration avec les milieux cliniques et les ordres professionnels, et selon les exigences des lois québécoises en la matière, des guides pour assurer la confidentialité et la protection des renseignements médicaux contenus dans le dossier de santé partageable et les dossiers médicaux informatisés. » (CSBE, 2010 : 83)

9^e levier

Mettre en place des mesures structurantes d'attraction et de rétention destinées aux professionnelles en soins, dont celle d'assurer la présence d'équipes de soins stables et suffisantes

Planification de la main-d'œuvre et plan de développement des ressources humaines (PMO/PDRH)

L'état inquiétant du marché du travail et de l'emploi concernant les professionnelles en soins est une préoccupation qui ne peut être occultée de la réflexion de la FIQ concernant les facteurs contributifs au problème d'accessibilité aux soins et aux services en première ligne.

Les pénuries de professionnels de la santé demeurent un problème mondial. Au Canada, toutes les provinces en sont affectées. À l'instar des autres provinces, le réseau de la santé québécois est confronté, d'une part à une situation où décroît le nombre de professionnels pouvant fournir des soins et des services et d'autre part, à une population plus exigeante qui a des attentes plus élevées et des besoins qui augmentent.

Depuis quinze ans, les recherches et les rapports s'accumulent sur les pénuries passées, actuelles et anticipées concernant ces professionnels. Bien que plusieurs mesures aient été mises en place depuis 2001, suite aux dépôts de rapports des forums nationaux sur la planification de la main-d'œuvre infirmière et infirmière auxiliaire notamment (MSSS, 2001) pour

amenuiser ces pénuries, le problème perdure. Le nombre croissant de données probantes le confirme, tel que le démontrent les tableaux suivants :

Titres d'emploi jugés vulnérables
Mise à jour 2014 (Données 2012-2013)

Titre	2014-2015		2019-2020	
	Déficit projeté de main-d'œuvre	Déficit/Effectif requis	Déficit projeté de main-d'œuvre	Déficit/ Effectif requis
Infirmières	1 808	3,2 %	1 225 à 1 498	2,1 à 2,6 %
Pharmaciens d'établissement	173	10,2 %	222 à 283	11,7 % à 14,7 %
Psychologues	110	4,7 %	23 à 79	0,9 % à 3,1 %

Le déficit à long terme présente une sensibilité de ± 10 % sur le facteur de croissance des besoins.

Titres d'emploi jugés vulnérables
Mise à jour 2014 (Données 2012-2013)

Titre	2014-2015		2019-2020	
	Déficit projeté de main-d'œuvre	Déficit/Effectif requis	Déficit projeté de main-d'œuvre	Déficit/ Effectif requis
Infirmières auxiliaires	126	0,6 %	385 à 1629	1,6 à 6,5 %
Inhalothérapeutes	25	0,7 %	(169) à (48)	-4,2 à -1,2 %
Préposés aux bénéficiaires	856	2,0 %	2764 à 3596	6,0 à 7,7 %
Ergothérapeutes	79	1,6 %	(100) à 71	-1,9 % à 1,3 %
Audiologistes	18	4,1 %	(1) à 18	-0,2 % à 3,7 %
Orthophonistes	25	1,1 %	(15) à 128	-0,5 % à 4,5 %
Physiothérapeutes	72	1,5 %	115 à 255	2,2 % à 4,7 %
Diplômés universitaires en travail social	135	1,3 %	63 à 424	0,5 % à 3,5 %

Le déficit à long terme présente une sensibilité de ± 10 % sur le facteur de croissance des besoins.

Source : Commission de la santé et des services sociaux, *L'étude des crédits 2014-2015 – Réponses aux questions particulières-Aile parlementaire du Parti Québécois*, volume 1, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, p. 105.

Les données portant sur les médecins de famille ne sont guère plus rassurantes. En effet, les projections provenant de cette même source indiquent qu'« en 2014, les besoins en médecine de famille pour l'ensemble du Québec ont été établis à 8 994 médecins omnipraticiens équivalent temps plein (ETP) comparativement à une disponibilité de 8 040 ETP, confirmant ainsi un écart de 954 ETP » et le rapport d'ajouter que « pour maintenir l'accès aux services au même niveau qu'actuellement, et en supposant que les niveaux d'activités moyens des médecins par groupe d'âge et de sexe seront équivalents aux niveaux actuels, il faudra, sur 10 ans, au moins 3 866 arrivées de nouveaux médecins de famille (2 267 pour remplacer les départs de l'effectif en place actuellement, 1 186 pour tenir compte de l'accroissement et du vieillissement de la population et 413 pour compenser la féminisation et le vieillissement de l'effectif médical). À cela s'ajoute la pénurie actuelle de 954 médecins de famille » (Commission de la santé et des services sociaux, 2014 : 105).

Depuis plusieurs années, la FIQ clame sur toutes les tribunes l'importance d'agir énergiquement et durablement en matière de planification de la main-d'œuvre pour mettre un terme au problème récurrent de pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. À ce sujet, il est opportun de rappeler sa présence devant le Conseil des services essentiels en juin 1998 où elle avait démontré l'incapacité criante des employeurs à planifier de façon cohérente et continue les effectifs infirmiers, incapacité dont le recours outrancier et excessif à des heures supplémentaires obligatoires en était une navrante conséquence.

Cette démonstration avait alors amené ce Conseil à ordonner la mise sur pied d'un groupe de travail national dont le mandat était d'« apporter aux parties nationales et locales l'éclairage suffisant en vue de doter le réseau de la santé et des services sociaux d'une démarche alliant planification stratégique des effectifs, organisation du travail et développement des ressources humaines et de proposer des mesures favorisant l'attraction et la rétention de cette main-d'œuvre » (Conseil des services essentiels, 1998).

Dans un rapport *ad hoc* déposé par ce groupe national de travail, on y recommandait « que le MSSS, en collaboration avec les établissements et les syndicats concernés, mette en place rapidement des mécanismes pour assurer une véritable planification des effectifs infirmiers qui soit respectueuse de ses ressources humaines tout en étant cohérente et efficace, afin de gérer de manière prévisionnelle les besoins en personnel infirmier à court, moyen et long termes ».

Cette recommandation ne demeura pas lettre morte, car à l'automne 1999, le ministre de la Santé et des Services sociaux enclenchait un important processus de planification de la main-d'œuvre. C'est dans le cadre de ce processus que le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre fut

créé, forum auquel la FIQ s'est jointe dès sa création. Des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation, du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, des associations d'employeurs, des syndicats, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux composaient ce Forum. Le mandat de celui-ci consistait à mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations reliées à la planification des effectifs et à proposer au ministère de la Santé et des Services sociaux des orientations et des plans d'action à partir de consensus à l'égard des différentes problématiques et de visions communes quant aux solutions à promouvoir.

Les travaux du Forum ont permis de dresser un portrait de la situation et d'établir les besoins qualitatifs et quantitatifs en matière de main-d'œuvre infirmière pour l'ensemble du Québec pour les 15 années subséquentes. Ce plan d'action détaillait aussi les actions à réaliser au niveau local, régional et national pour atteindre les objectifs de ce rapport, lesquels étaient de résorber la pénurie globale, d'améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins des clientèles et de rendre la profession plus concurrentielle pour attirer un plus grand bassin de main-d'œuvre.

Ce rapport prévoyait aussi assurer le suivi des activités prévues au plan de même que sa mise à jour annuelle du processus de planification de la main-d'œuvre infirmière et il demandait, en terme non équivoque, au ministre de la Santé d'alors un engagement clair, politique et financier pour soutenir ce plan d'action et sa mise en œuvre. Au cours des cinq premières années qui ont suivi le dépôt de ce rapport, cet engagement ministériel fut respecté et certaines actions prévues au plan d'action se sont concrétisées. Malheureusement, au fil des ans, la mise en œuvre des activités prévues à ce plan a été freinée ou mise à l'écart. Le suivi des activités prévues à ce plan, de même que la mise à jour annuelle du processus de planification de la main-d'œuvre ont été réduits à leur plus simple expression si l'on prend en compte les travaux menés par le Comité de main-d'œuvre infirmière/infirmière auxiliaire actuellement.

Si, à court terme, des actions énergiques ne sont pas posées pour enrayer la pénurie de main-d'œuvre infirmière, les conséquences qui en résultent actuellement et dans le futur, tant sur les soins et les services dispensés aux patients que sur les conditions de travail et de vie au travail de cette main-d'œuvre, risquent de se dégrader dramatiquement. Cela commande prioritairement une intervention gouvernementale rapide et déterminée faite avec cohérence et cohésion pour assurer la conception et la réalisation d'un plan d'action énergique, lequel doit faire appel à la collaboration et à l'implication de tous les décideurs, partenaires et intervenants concernés, et ce, à tous les paliers (national, régional et local).

La réussite d'un tel exercice repose principalement sur la volonté de ceux qui détiennent le pouvoir d'agir d'où la nécessité d'un engagement clair, politique et financier du gouvernement pour la conception de ce plan d'action et sa mise en œuvre. Le contexte actuel de contraintes budgétaires ne saurait cautionner l'inaction en cette matière. La mise en place de mécanismes pour enrayer le problème de pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé doit être considérée pour ce qu'il est : un investissement et non un coût.

Par ailleurs, un tel exercice enclenché au niveau national ne pourrait servir de prétexte aux établissements pour se soustraire de leurs obligations légales en matière de développement et de planification de leur main-d'œuvre tel que stipulé à l'article 231 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre 8-4, 2), lequel prévoit « que tout établissement public ou privé conventionné doit se doter, avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats desquels ils sont membres, d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel ». Cet article stipule également que « ce plan contient des mesures relatives à l'accueil des employés, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leur compétence, [...] leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité, la préparation de leur relève et l'orientation de leur carrière ». Malgré le contexte actuel, les établissements doivent être encouragés et soutenus dans la mise en œuvre de telles mesures, lesquelles sont des vecteurs déterminants pour attirer et retenir la main-d'œuvre infirmière dans le réseau de la santé québécois.

Stabilité d'emploi et équipe suffisante

Par ailleurs, on observe dans plusieurs études que la piètre qualité des conditions de travail et de vie au travail incite les infirmières à quitter temporairement ou définitivement la profession. L'absence d'équipe de travail stable et suffisante ainsi que la charge excessive de travail sont identifiées comme étant les principales causes d'absentéisme et de désertion de la profession. La FIQ propose les solutions suivantes pour enrayer ce problème.

Stabiliser les équipes de soins

Une équipe de soins stable est absolument nécessaire à la dispensation de soins sécuritaires, continus et de qualité. Au sein d'une équipe de soins stable, les professionnelles en soins peuvent contribuer pleinement aux soins dispensés à la population québécoise en occupant pleinement leur

champ d'exercice. Des conditions à la présence d'équipes de soins stables seront discutées dans le présent mémoire : combattre la précarité d'emploi par les postes à temps complet.

Combattre la précarité d'emploi par les postes à temps complet

La stabilité des équipes de soins est sérieusement remise en question au Québec par une mauvaise gestion et utilisation des ressources humaines en contexte de pénurie. Dans un contexte où la demande de soins de la population québécoise est très importante et où l'on constate des déficits de main-d'œuvre importants chez les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, il est toujours inacceptable de constater que bon nombre de professionnelles en soins vivent encore de la précarité d'emploi due à de mauvais choix de gestion. Il importe de constater que les données véhiculées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) sur le statut d'emploi de ses membres comprennent les infirmières en soins directs, mais aussi celles en gestion, recherche, enseignement, etc. Les infirmières dispensant des soins directs à la population québécoise ont paradoxalement un statut d'emploi plus précaire que l'ensemble de leurs consœurs, leur taux de postes à temps complet régulier étant 9 % inférieur à celui de l'ensemble des infirmières. La clause de titularisation introduite en 2006-2010 a produit des effets certains, mais on constate qu'il y a toujours violation de cette clause par les employeurs du RSSS pour 4 448 infirmières, 677 infirmières auxiliaires, 244 inhalothérapeutes et 8 perfusionnistes cliniques.

Le travail à temps complet d'une proportion importante de professionnelles en soins est essentiel à un bon fonctionnement du RSSS. En effet, « augmenter le nombre d'heures régulières et d'emplois à temps plein pourrait améliorer la continuité des soins et réduire les coûts liés aux heures supplémentaires et au roulement de personnel » (FCSII, 2010, p. 10). En effet, les personnes ayant un statut d'emploi précaire ont tendance à passer d'un poste à temps partiel à l'autre ou à combiner de multiples employeurs, ce qui, d'une part, n'est pas optimal pour la continuité des soins et qui, d'autre part, augmente la probabilité d'erreurs médicales (O'Brien-Pallas *et coll.*, 2010). Tout cela contribue à déstabiliser les équipes de soins. Dans un contexte de pénurie, il importe encore plus d'offrir des postes à temps complet aux professionnelles en soins.

Pourtant, le Québec offre 59 % de postes à temps complet à l'ensemble des infirmières, tandis que les infirmières ailleurs au Canada ont significativement accès à plus de postes à temps complet (OIIQ, 2014). En effet, c'est 66,8 % des infirmières ontariennes, 64,8 % de celles du Nouveau-Brunswick, 64,4 % des infirmières de la Nouvelle-Écosse et 72,4 % de celles

de Terre-Neuve qui travaillent à temps complet (ICIS, 2013). On remarque aussi beaucoup de variations du niveau du statut d'emploi des professionnelles en soins québécoises selon la région. Alors que 72 % des infirmières du Nord-du-Québec et que 65 % de celles pratiquant en Outaouais et dans le Centre-du-Québec ont un poste à temps plein, moins de 55 % des infirmières ont accès à ce statut d'emploi au Saguenay-Lac-St-Jean, en Abitibi-Témiscamingue, à Laval et à Lanaudière.

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, en 2002, était d'avis « que les gouvernements, les employeurs et les syndicats devraient collaborer pour augmenter la proportion d'infirmières travaillant à temps complet jusqu'au moins à 70 % de la main-d'œuvre infirmière dans tous les domaines de soins en avril 2004 [...] » (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002, p. 41). Depuis l'an 2000, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO, 2005) demande 70 % de postes à temps complet dans cette province. Une telle structure de postes est essentielle à la continuité des soins et à une continuité dans l'équipe soignante que consulte un patient donné, ce qui favorise (RNAO, 2005, traduction libre) des retombées intéressantes :

- Des meilleurs résultats de santé pour les patients;
- Une utilisation efficace des infirmières et des ressources financières du système de santé;
- Une meilleure collaboration infirmière-médecin;
- Un meilleur engagement envers l'organisation;
- Une plus grande attraction et rétention des soignantes;
- Une meilleure pérennité [des professions en soins infirmiers et cardiorespiratoires];
- Un choix logique en termes économiques.

Voici un exemple probant d'un gouvernement qui a pris action. En 2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'est engagé publiquement à mettre en place des stratégies visant à créer 8 000 nouveaux postes en soins infirmiers et à atteindre un niveau de 70 % de postes à temps complet chez les professionnelles en soins (Ontario Ministry of Health and Long-term Care, 2004). Pour ce faire, des investissements ont été réalisés : financement aux établissements pour la création de nouveaux postes en centres hospitaliers, pour la remise en place de postes infirmiers qui avaient été abolis en soins de longue durée, et pour augmenter les services disponibles en soins à domicile et le nombre de postes à temps complet dans ce secteur. D'autres pistes de solution ayant été mises en place en Ontario incluent la conversion de postes à temps partiel en postes à temps complet, l'offre d'incitatifs à la formation aux

infirmières, du recrutement massif dans la communauté, l'assurance aux nouvelles graduées qu'elles auront un poste à temps complet dès leur graduation et la mise en place des programmes de mentorat permettant aux professionnelles plus expérimentées d'être libérées d'une partie de leur tâche au chevet du patient pour accompagner une nouvelle graduée (Baumann *et al.*, 2010).

Agir sur l'attraction et la rétention des professionnelles en soins

Une combinaison de facteurs influe sur l'attraction et la rétention des professionnelles en soins, facteurs qui risquent d'alimenter cette pénurie si un sérieux coup de barre n'est donné. Il est fort prévisible que la diminution de jeunes due à la dénatalité va entraîner une diminution probable des inscriptions dans les maisons d'enseignement et que les choix diversifiés de carrière présentant des conditions de travail plus avantageuses (ex. : rémunération) et moins contraignantes (horaire de travail) que celles en soins de santé vont avoir une incidence négative sur l'attraction de recrues en soins infirmiers notamment.

Afin d'enrayer ce problème majeur de pénurie de professionnelles en soins, il est donc impératif que les responsables politiques et décideurs mettent de l'avant et soutiennent la mise en œuvre d'une combinaison de stratégies réalistes et réalisables à court terme.

Il a préalablement été établi que la demande de soins de la population québécoise est importante et que les professionnelles en soins sont des alliées importantes des médecins et autres intervenantes de la santé pour assurer la dispensation de soins sécuritaires et de qualité et pour assurer la continuité des soins.

Équipes de soins suffisantes, adéquates et sécuritaires

Selon la FIQ, tel qu'il ressort des résultats de nombreuses études tant au niveau national qu'international, deux conditions doivent, entre autres, être présentes pour permettre aux professionnelles en soins de contribuer pleinement aux besoins de santé des Québécois : des équipes de travail stables et la présence de professionnelles en soins en nombre suffisant.

Pour répondre aux besoins de santé de la population québécoise, mettre en place des équipes de soins stables, suffisantes, adéquates et sécuritaires est incontournable. Une charge de travail et un niveau de dotation appropriés sont deux variables essentielles à la dispensation de soins et services

sécuritaires (FCSII, 2012) et à la qualité de vie au travail des professionnelles en soins. En témoigne une étude québécoise récente qui démontre qu'une augmentation de 10 % dans le taux d'occupation des lits à l'urgence est associée à une hausse de 3 % du taux de mortalité des patients et de leur risque d'être réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé (McCusker et coll., 2014). La sécurité des soins dispensés aux patients serait donc remise en question durant des périodes de surcapacité à l'urgence⁶, entre autres, parce qu'une surcharge de patients limiterait le temps disponible pour évaluer l'état de santé de chaque personne. Des mesures pour diminuer la charge de travail des professionnelles en soins dans l'ensemble de leurs lieux de pratique sont donc à mettre en place sans attendre (ajouts à la structure de postes, limites au temps supplémentaire obligatoire, etc.). Deux de ces mesures ont principalement été retenues par la FIQ dans son analyse du projet de loi n° 20 : les ratios professionnelles en soins/patients et la composition appropriée de l'équipe de soins.

Ratios professionnelles en soins/patients

Le projet de loi n° 20, dans sa forme actuelle, vise à contrôler la charge de travail des médecins. Il demande, entre autres, aux médecins omnipraticiens « une obligation de suivi d'un nombre minimal de patients » (MSSS, 2015). Cette mesure amènerait, selon le MSSS, les médecins de famille davantage en première ligne plutôt que d'encourager une pratique hospitalocentrique. Selon les propos du ministre Barrette, une pondération viendrait toutefois prendre en considération la lourdeur des cas des patients ayant d'importants problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de dépendance, les patients suivis à domicile ou ceux en soins palliatifs. Les médecins spécialistes auraient, de leur côté, à augmenter la prise en charge de patients en contexte hospitalier.

Bien que la FIQ partage le sentiment d'urgence de renforcer la première ligne extrahospitalière, son approche concernant la charge de travail diffère des mesures proposées par le projet de loi n° 20. En effet, plutôt que d'obliger les médecins à suivre un nombre minimum de patients, ne vaudrait-il pas mieux se questionner sur le nombre maximal de patients qu'un médecin peut suivre pour donner des soins sécuritaires et de qualité?

La FIQ a appliqué cette logique à ses membres infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes en se posant la question suivante : combien de patients une professionnelle en soins peut-elle

⁶ La surcapacité illustre un déséquilibre de l'offre et de la demande de soins. L'équipe de soins en place est insuffisante pour répondre à la croissance de la demande.

soigner de manière sécuritaire en fonction d'un profil clinique commun à des patients et/ou du lieu de dispensation des soins infirmiers et cardiorespiratoires?

Pour la FIQ, la préoccupation principale n'est pas d'augmenter la productivité, mais bien d'assurer aux patients des soins sécuritaires. La FIQ souhaite clarifier que les ratios professionnelles en soins/patients décrits ci-dessous ne sont pas des quotas purement quantitatifs, car la dignité et le bien-être des patients sont au cœur des préoccupations des professionnelles en soins.

En se basant sur des expériences à l'international (Gordon et coll., 2008), il est impérieux que le ministre mette en place, pour l'ensemble des professionnelles qui donnent des soins directs aux patients, des ratios de professionnelles en soins par patients minimums, numériques, applicables en tout temps et spécifiques à chaque unité de soins aigus, spécialisés et de longue durée, ainsi que des ratios à respecter au regard des soins dans la communauté et en santé mentale. La visée principale de ces ratios est la dispensation de soins sécuritaires en permettant une adéquation entre l'offre et le niveau d'acuité de la demande de soins. En d'autres mots, la FIQ veut s'assurer que soit définie une norme qui encadre le nombre maximal de patients que peut soigner une professionnelle en soins infirmiers et cardiorespiratoires dans un contexte donné pour s'assurer de donner des soins sécuritaires aux patients. À titre indicatif, un ratio professionnelles en soins/patients minimum et applicable en tout temps de 1:4 en médecine-chirurgie signifierait qu'une professionnelle en soins aurait au maximum quatre patients sous sa responsabilité en tout temps durant son quart de travail. Il va sans dire que le respect de ratios requiert que les professionnelles en soins absentes soient remplacées sans délai et qu'elles le soient pas des intervenantes qui ont les mêmes compétences.

Les ratios professionnelles en soins/patients sont une piste de solution concrète que les professionnelles en soins proposent pour améliorer le RSSS. Cette mesure s'avérerait bénéfique non seulement pour les patients et pour les professionnelles en soins, mais également pour le gouvernement du Québec qui pourrait réaliser des économies substantielles en mettant en place un niveau de dotation en professionnelles en soins sécuritaire qui pourrait permettre de prévenir des incidents, accidents et autres événements indésirables.

Les données probantes démontrent que la mise en place de tels ratios permettant un niveau de dotation en professionnelles en soins approprié viendrait, entre autres :

- Augmenter la sécurité des soins et favoriser des résultats positifs au regard de la santé des patients (Waters, 2012), car on prend le temps de bien soigner;
- Diminuer le taux de mortalité (Aiken et coll., 2002) des patients en contexte hospitalier;
- Limiter les erreurs dans le processus de soins (IOM, 2000) en réduisant les heures de travail (Trinkoff et coll., 2011) et en mettant en place une culture de soins sécuritaires permettant une durée de repos décente entre les quarts de travail;
- Limiter le risque de contracter une infection nosocomiale (Dall et coll., 2009), une pneumonie, une infection urinaire, une septicémie, des plaies de pression ou de faire une chute pendant un séjour dans un établissement de santé (Needleman et coll., 2011);
- Diminuer le temps d'attente pour un lit dans les urgences (ICIS, 2007);
- Prévenir des hospitalisations et des réadmissions (Bobay et coll., 2011);
- Diminuer la durée des séjours hospitaliers (Dall et coll., 2009), ce qui permet à un plus grand nombre de Québécois d'avoir accès aux soins requis et peut également générer des économies;
- Favoriser la satisfaction du patient par rapport à son expérience de soins (Kutney-Lee et coll., 2009);
- Favoriser la satisfaction au travail des professionnelles en soins (Aiken et coll., 2002);
- Favoriser l'attraction (augmentation du nombre de professionnelles dans le RSSS) et la rétention des professionnelles en soins;
- Diminuer le taux de roulement des professionnelles en soins dans le RSSS et le nombre de postes vacants (Gordon et coll., 2008).

Il est nécessaire qu'un comité national de pilotage paritaire soit établi pour déterminer, selon des données probantes, les ratios minimums à respecter selon le lieu de dispensation de soins et pour établir le plan de déploiement et d'ajustement de la grille de ratios minimums de professionnelles en soins/patients dans les établissements. Le comité devra également élaborer un système d'évaluation des patients qui permettrait aux professionnelles en soins, de par leur jugement clinique, de rehausser le nombre de professionnelles en soins requis par les ratios minimums pour dispenser des soins sécuritaires selon les soins requis pour l'état des patients par unité, par patient et par quart de travail. La FIQ croit en les compétences et en la contribution de chaque membre de l'équipe de soins et il importe que toutes celles qui donnent des soins directs aux patients soient incluses dans

de tels ratios à respecter en tout temps. Tant le médecin que l'infirmière praticienne spécialisée, l'infirmière clinicienne spécialisée, l'infirmière clinicienne, l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, l'inhalothérapeute, la perfusionniste ou même la préposée aux bénéficiaires doivent demeurer présentes en nombre suffisant dans l'équipe de soins. Il ne s'agit pas de mettre en place des ratios qui diminueraient la pertinence et l'importance de quelque groupe professionnel que ce soit.

Bien que les études sur la charge maximale de patients des médecins omnipraticiens en soient toujours à leurs balbutiements (Muldoon et coll., 2012), il serait pertinent que le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Fédérations médicales et la communauté universitaire se penchent sur la question du nombre maximal de patients qu'un médecin peut suivre de façon sécuritaire, en fonction de son contexte de pratique et des caractéristiques de ses patients.

La Fédération n'appuiera jamais quelque tentative de standardisation de la pratique clinique des professionnelles en soins qu'elle représente, ou d'autres groupes de professionnels tels que les médecins. Il est donc d'une importance capitale que ce soit le jugement clinique de la professionnelle en place qui soit le critère le plus important de la pondération de sa charge de travail dans un contexte donné.

Composition appropriée de l'équipe de soins

Tous s'entendent pour dire qu'il y a un problème d'accessibilité aux soins de première ligne et que le délai pour une consultation médicale non urgente auprès d'un omnipraticien peut être de beaucoup supérieur à ce qui est souhaitable, même pour les patients inscrits auprès d'un médecin de famille (FMOQ, 2013). Si par le projet de loi n° 20, on souhaite que les médecins se concentrent davantage sur les activités médicales en première ligne et délaissent d'autres types d'activités, le travail en équipe interdisciplinaire est essentiel pour une prise en charge complète des patients; les médecins omnipraticiens dénoncent que « le soutien professionnel fait défaut dans plusieurs milieux » (FMOQ, 2013, p. 8). Les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires sont prêtes à relever le défi de mettre encore davantage leurs compétences au profit des patients qui reçoivent des soins de première ligne, dans le respect du champ de pratique de chaque membre de l'équipe de soins.

Il importe donc de s'assurer que les médecins, les professionnelles en soins et les autres intervenants soient présents dans l'équipe de soins en nombre suffisant pour répondre aux besoins des patients. Présentement, l'équipe de soins requise est déterminée par les établissements en fonction de leur

budget : il n'y a pas de critère qui vise l'intensité des soins requis par les patients. Ceci confirme la pertinence de la demande FIQ de mettre en place sans délai un système d'évaluation des patients développé de façon paritaire qui se base d'abord et avant tout sur le jugement clinique des professionnelles en soins d'une part et, d'autre part, de faire respecter des ratios minimums professionnelles en soins/patients applicables en tout temps dans un milieu de pratique donné.

La FIQ déplore que la présence des professionnelles en soins dans divers lieux de dispensation de soins de première ligne soit encore marginale. Par exemple, le MSSS accordait comme financement en date du 1^{er} juin 2013 à certaines agences de santé et de services sociaux un ratio d'une infirmière travaillant cinq jours par semaine pour 6 000 patients aux groupes de médecine de famille (GMF) (Agence de la santé et des services sociaux Montréal, 2013). La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) avait, de son côté, proposé que du financement soit donné aux cliniques autres que GMF participant à des initiatives d'accès aux soins de première ligne pour obtenir 0,5 jour de travail infirmier par tranche de 1 000 patients (Garnier, 2013). La FMOQ avait également suggéré qu'un omnipraticien participant à une unité d'accès populationnel (UAP) pourrait bénéficier de la collaboration d'une infirmière en tout temps lorsqu'il pratique à l'UAP.

Bien que ceci soit un pas dans la bonne direction, il n'y a pas là, selon la FIQ, les conditions gagnantes pour permettre aux patients, aux médecins et à l'ensemble de l'équipe de soins de bénéficier des compétences des professionnelles en soins. Premièrement, la faible présence infirmière limite nécessairement sa capacité à jouer pleinement son rôle professionnel d'évaluation et d'intervention, mais aussi de prévention, de promotion de la santé, d'enseignement, etc. Deuxièmement, il n'existe aucune garantie que le modèle de prise en charge des patients maximise la contribution des médecins et des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires.

La FIQ juge donc nécessaire que le financement accordé aux établissements et aux GMF soit augmenté sans tarder pour assurer le respect en tout temps d'un ratio minimum de professionnelles en soins/patients qui sera développé de façon paritaire pour chaque unité de soins en se basant sur des données probantes. Pour s'assurer que le champ de pratique, les activités professionnelles réservées et les compétences cliniques des différents membres de l'équipe de soins répondent aux besoins des patients, la FIQ réclame des travaux des comités de soins au niveau local et du comité paritaire provincial sur la tâche et l'organisation du travail pour : 1) s'assurer d'une composition des équipes de soins sécuritaires et 2) mettre en application certains projets novateurs pour optimiser la contribution des professionnelles en soins, tels que l'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) à l'urgence (AIIIC,

2013) ou la participation d'infirmières auxiliaires aux soins en GMF (FIQ, 2013a). Il ne s'agit donc pas de substituer des médecins ou professionnelles en soins par du personnel non professionnel, de fragmenter leur pratique ou d'inclure dans l'équipe de soins des personnes n'ayant pas été formées et orientées dans un milieu de pratique donné, mais bien de s'assurer d'une équipe de soins compétente pour dispenser des soins sécuritaires à tous les Québécois.

Pour optimiser ce 9^e levier, la FIQ recommande :

« Que prioritairement soit créé un comité national sur la planification de la main-d'œuvre pour assurer la conception et la réalisation d'un plan d'action énergique, lequel doit, pour en assurer la pertinence, la cohérence et la cohésion, faire appel à la collaboration et à l'implication de tous les décideurs, partenaires, organismes et intervenants concernés, et ce, à tous les paliers du système (national, régional, local) pour mettre en place des mesures structurantes d'attraction et de rétention destinées aux professionnelles en soins, dont celles d'assurer la présence d'équipes de soins stables et suffisantes.

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux exige que tous les établissements de santé aient une structure de postes comprenant minimalement 70 % de postes à temps complet chez les professionnelles en soins et qu'ils mettent en place des mesures pour favoriser l'atteinte et le dépassement de cette cible (ex. : mentorat, garanti de postes à temps complet à la suite de la graduation).

Que le ministre mette en place, pour l'ensemble des professionnelles en soins qui donnent des soins directs aux patients, des ratios de professionnelles en soins par patient minimum, numériques, applicables en tout temps et spécifiques à chaque unité de soins aigus, spécialisés et de longue durée, ainsi que des ratios à respecter au niveau des soins dans la communauté et en santé mentale.

Que le financement accordé aux établissements et aux GMF soit augmenté sans tarder pour assurer en tout temps un ratio minimum de professionnelles en soins/patients qui sera développé de façon paritaire pour chaque unité de soins en se basant sur des données probantes.

Que des travaux soient enclenchés par des comités de soins au niveau local pour s'assurer d'une composition des équipes de soins sécuritaires et pour mettre en application certains projets novateurs pour optimiser la contribution des professionnelles en soins. »

Conclusion

57

Les gouvernements successifs ont misé essentiellement sur le renforcement de la première ligne médicale avec les résultats décevants que connaît présentement le réseau québécois de la santé et des services sociaux. La possibilité d'ajouter du personnel médical atteint ses limites : les médecins vivent aussi pour la majorité d'entre eux une surcharge de travail depuis de nombreuses années. Le portrait dressé par la FIQ est clair et il est temps de tirer les conclusions qui s'imposent. Il faut changer la stratégie du gouvernement du Québec, car elle ne fonctionne pas ni du point de vue des patients, ni du point de vue de la FIQ, ni de l'avis de la pléthore d'experts qui ont étudié les dysfonctionnements du système de santé du Québec au cours des dernières années. Il est temps pour le Québec de changer son paradigme médico-centrique et de diminuer le monopole médical sur les soins de santé de première ligne. La première ligne ne peut plus être exclusivement ou presque contrôlée et prise en charge par le corps médical.

Pour accroître et simplifier l'accès aux soins de première ligne à la population tout en favorisant leur prise en charge effective, le gouvernement doit permettre aux professionnelles en soins d'intégrer, de compléter et de renforcer l'équipe médicale de première ligne. En effet, les professionnelles en soins du Québec peuvent prodiguer à la population québécoise un large éventail de soins et de services de première ligne en plus d'un suivi clinique compétent et de proximité. De plus, cet apport essentiel des professionnelles en soins à la première ligne permettrait aux médecins d'amenuiser leur charge de travail, de recentrer leur pratique médicale et de prendre en charge plus de patients vulnérables ou présentant des problèmes de santé complexes qui requièrent davantage leur temps et leur expertise.

Dans un contexte de pénurie endémique de professionnelles de la santé et de finances publiques limitées, il faut des actions énergiques des décideurs pour augmenter l'accès et l'intégration des soins et des services. Il faut notamment plus de travail en équipe interprofessionnelle, plus de pouvoirs professionnels pour soigner, moins de hiérarchisation des professions de la santé et moins de fragmentation des soins et moins de freins aux pratiques professionnelles.

La FIQ déplore que depuis le dépôt du projet de loi n° 20, on assiste à des échanges entre le gouvernement et divers intervenants du réseau de la santé dont la teneur lui apparaît stérile et contre-productif. La FIQ tient à rappeler qu'il est nécessaire, urgent et impératif de replacer les intérêts du patient au cœur des préoccupations du système de santé : tel est le but que la Fédération vise dans les actions et recommandations qu'elle soumet dans ce mémoire

À cette fin, la FIQ propose en effet non seulement une vision constructive, mais aussi des solutions concrètes, prometteuses et mobilisatrices qui interpellent tous les intervenants du réseau et les invitent à collaborer et à coopérer pour accroître tant l'accessibilité aux soins et aux services de santé que leur continuité, leur sécurité et leur qualité.

La FIQ propose des pistes de solution gagnantes pour toutes les parties prenantes : une équipe forte de première ligne composée de professionnelles en soins et du corps médical qui s'entraident et se complètent pour donner des soins de santé de première ligne de haut niveau : accessibles, sécuritaires, de qualité et en continuité pour tous les patients Québécois.

Annexes

Annexe 1

Figure 1. Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière¹

Infirmière

Champ d'exercice général

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., chapitre I-8, art. 36

Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2).
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent.
- Appliquer des techniques invasives.
- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
- Décider de l'utilisation des mesures de contention.
- Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.
- Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.
- Décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., chapitre I-8, art. 36

¹ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC–FIQ. *Révision du système professionnel : Les impacts de la Loi 21, 2012*, 18 p; FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC–FIQ. *Révision du système professionnel : Les impacts de la Loi 90, 2009*, p. 9.

Figure 2. Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière auxiliaire²

Infirmière auxiliaire

Champ d'exercice général

Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs.

Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26, art. 37 p)

Activités réservées

- Appliquer des mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique.
- Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance.
- Prodiger des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.
- Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
- Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2).
- Introduire un instrument ou un doigt, selon une ordonnance, au-delà du vestibule nasal, des grandes lèvres, du méat urinaire, de la marge de l'anus ou dans une ouverture artificielle du corps humain.
- Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique à des fins de prélèvements, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94.

Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26, article 37.1, 5°

² FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC–FIQ. *Révision du système professionnel : Les impacts de la Loi 90, 2009, p. 10.*

Figure 3. Champ d'exercice et activités réservées de l'inhalothérapeute¹

Inhalothérapeute

Champ d'exercice général

Contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26, art. 37 s)

Activités réservées

- Effectuer l'assistance ventilatoire, selon une ordonnance.
- Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance.
- Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire, selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésique, ou sous assistance ventilatoire.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
- Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle ou dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal.

Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26, article 37.1, 7°

¹ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC–FIQ. *Révision du système professionnel : Les impacts de la Loi 90, 2009, p. 11.*

Figure 4. Activités professionnelles de l’infirmière praticienne spécialisée (IPS)¹

Infirmière praticienne spécialisée

Activités médicales

- 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.

Activités infirmières

- Évaluer la condition physique et mentale d’une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l’état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d’une activité découlant de l’application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2).
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s’y rattachent.
- Appliquer des techniques invasives.
- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d’autres substances, lorsqu’ils font l’objet d’une ordonnance.
- Procéder à la vaccination dans le cadre d’une activité découlant de l’application de la *Loi sur la santé publique*.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d’un médicament, selon une ordonnance.
- Décider de l’utilisation des mesures de contention.
- Évaluer une personne atteinte d’un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.
- Évaluer un enfant qui n’est pas encore admissible à l’éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d’adaptation répondant à ses besoins.
- Décider de l’utilisation des mesures de contention ou d’isolement dans le cadre de l’application de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*.

¹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Infirmière praticienne spécialisée – Rôle, réglementation et modalités*. [En ligne]. [<https://www.oiq.org/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee>] (Consulté le 10 mars 2015).

Annexe 2

Figure 5. Publication FIQ visant à mieux faire connaître la profession infirmière auxiliaire dans les établissements¹

FIQ Dossier Spécial Infirmières auxiliaires

<http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/fiqdossierspecial-0502-fr.pdf>

Figure 6. Publication de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) qui décrit cette profession²

http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ_ProfessionInhalotherapeute_BrochureWeb.pdf

¹ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC – FIQ. *Dossier spécial infirmière auxiliaire : une professionnelle clé de l'équipe de soins*, 2013, 15 p. [En ligne]. [\[http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/fiqdossierspecial-0502-fr.pdf\]](http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/fiqdossierspecial-0502-fr.pdf)

² ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Profession : inhalothérapeute*, 2 p. [En ligne]. [\[http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ_ProfessionInhalotherapeute_BrochureWeb.pdf\]](http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/OPIQ_ProfessionInhalotherapeute_BrochureWeb.pdf) (Consulté le 12 mars 2015).



DOSSIER

Spécial INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Une professionnelle
**CLÉ DE L'ÉQUIPE
DE SOINS**



DOSSIER Spécial INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

Vol. 5, N° 2, décembre 2013 | FIQ Dossier spécial

Responsabilité politique : Linda Bouchard, 5^e vice-présidente | **Coordination :** Julie Bouchard et Sylvie Charbonneau, coordonnatrices, secteurs et services | **Recherche et rédaction :** Marie-Eve Viau, conseillère syndicale, secteur Tâche et Organisation du travail | **Collaboration :** Brigitte Bouchard, conseillère syndicale, service Organisation syndicale, Josée Renaud et Jean-François Tremblay, conseillères syndicales, secteur Relations de travail, Thérèse Laforest et Julie Martin, conseillères syndicales, secteur Tâche et Organisation du travail | **Rédaction, révision et coordination de la production :** Sara Lapointe, conseillère syndicale, service Communication-Information | **Secrétariat :** Francine Parent, secrétaire, service Communication-Information | **Graphisme :** Josée Roy | **Photo couvert :** IUCPQ | **Impression :** Solisco
ISSN 1913-1356 (Imprimé) | ISSN 1913-1364 (En ligne)
fiqsante.qc.ca | info@fiqsante.qc.ca

Une professionnelle CLÉ DE L'ÉQUIPE DE SOINS



- 4 Ensemble pour promouvoir notre profession**
- 5 L'importance de la planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire**
- 5 Une pratique, des connaissances et des compétences à faire valoir**
- 8 Des infirmières auxiliaires témoignent de leur pratique enrichie**
- 10 Des témoignages qui valorisent le travail des infirmières auxiliaires dans des milieux novateurs**
- 15 Valoriser le rôle de l'infirmière auxiliaire dans l'équipe de soins, une nécessité à tous les paliers**

Mieux reconnaître la profession d'infirmière auxiliaire et son rôle dans l'équipe de soins

La FIQ regroupe plus de 15 000 infirmières auxiliaires dont 74 % sont des femmes. Au total, la Fédération compte plus de 62 000 membres infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes. En tant qu'organisation syndicale la plus importante regroupant exclusivement des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, la Fédération connaît très bien les enjeux qui touchent leurs conditions de travail et de vie.

La profession d'infirmière auxiliaire s'est enrichie au cours des dernières années avec l'élargissement de ses tâches et de ses milieux d'exercice lié, entre autres, aux nouvelles activités accessibles par règlement et à la Loi 90. Cependant, la FIQ constate encore aujourd'hui que l'information sur le rôle, les tâches, les fonctions et les responsabilités des infirmières auxiliaires n'arrive toujours pas à percer dans certains établissements de santé, et ce, même 10 ans après l'entrée en vigueur de la Loi 90.

Cette situation limite malheureusement leur pratique professionnelle. Les infirmières auxiliaires sont pourtant des professionnelles indispensables dans l'équipe de soins parce que leur rôle de proximité auprès des patient-e-s contribue grandement à l'humanisation des soins. C'est pour cette raison que la FIQ a défendu avec vigueur l'aspect professionnel du travail des infirmières auxiliaires dans le cadre de l'exercice d'équité salariale qui s'est conclu en 2006.

Le succès d'une équipe de soins efficace passe inévitablement par la collaboration interprofessionnelle et la connaissance du champ

d'exercice et des responsabilités propres à chacune des membres qui la composent. La Fédération continue de faire valoir l'apport important des infirmières auxiliaires dans la qualité, la continuité et l'accessibilité des soins aux patient-e-s.

Les militantes infirmières auxiliaires ont récemment voulu se donner un lieu d'échanges sur leur réalité professionnelle, c'est pourquoi un comité *ad hoc* consultatif a été créé. Les travaux de ce comité sont constructifs et contribueront, j'en suis convaincue, au développement de cette profession encore parfois méconnue. Je tiens à saluer l'engagement de ces militantes et leur détermination à faire reconnaître davantage leur expertise.

La Fédération intervient auprès de différentes instances, à tous les paliers, pour mieux faire reconnaître la profession d'infirmière auxiliaire, mais la mobilisation des membres au niveau local est aussi nécessaire pour influencer les gestionnaires du réseau de la santé. Les infirmières auxiliaires doivent investir différents lieux d'influence, avec l'aide de leur équipe syndicale locale, pour occuper pleinement leur champ d'exercice dans leur établissement.



Régine Laurent

Régine Laurent, présidente

Ensemble pour promouvoir notre profession



Actuellement, dans certains établissements de santé, les tâches des infirmières auxiliaires ne sont pas uniformisées et leur pratique pourrait être poussée plus loin si toutes les activités qui leur sont accessibles par règlement et dans le cadre de la Loi 90¹ leur étaient confiées.

À la FIQ, un comité *ad hoc* composé de neuf militantes infirmières auxiliaires a été mis sur pied en avril 2013 afin de dégager des pistes d'action pour mieux répondre aux préoccupations professionnelles des infirmières auxiliaires, notamment au regard de leur reconnaissance. Pour plusieurs infirmières auxiliaires, les spécificités de leur champ d'exercice et le rôle qu'elles jouent dans l'équipe de soins doivent être revalorisés.

À la suite de l'appel à la mobilisation des membres du comité *ad hoc*, un bon nombre de militantes infirmières auxiliaires s'est mobilisé lors de l'assemblée générale de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) de juin 2013. Elles ont demandé à ce dernier d'agir auprès de tous les décideurs du réseau de la santé pour réclamer une meilleure uniformisation et intégration de leurs activités réservées. Elles ont aussi rappelé à l'Ordre, à l'instar de la FIQ, l'importance qu'il continue d'insister sur la nécessité de sa participation au comité interministériel-partenaires sur la formation initiale infirmière afin d'évaluer les impacts d'un rehaussement possible de la norme d'entrée à la profession d'infirmière sur l'ensemble des professionnelles en soins.

Le comité *ad hoc* infirmières auxiliaires travaille présentement sur d'autres actions pour accroître la reconnaissance des compétences professionnelles des infirmières auxiliaires et ainsi leur assurer une pratique professionnelle plus satisfaisante dans les différents milieux d'exercice qu'elles peuvent investir.

Cette publication spéciale s'inscrit dans le cadre des travaux du comité et vise à promouvoir la profession d'infirmière auxiliaire dans toute son ampleur et son rôle essentiel dans l'équipe de soins. Selon moi, un bon départ pour ce faire est que chaque professionnelle infirmière auxiliaire fasse valoir sur son lieu de travail l'importance d'être identifiée par son titre professionnel complet : infirmière auxiliaire.

Linda Bouchard

Linda Bouchard, vice-présidente
infirmière auxiliaire

La vice-présidente infirmière auxiliaire de la FIQ et responsable politique du comité *ad hoc* infirmière auxiliaire, Linda Bouchard (au centre), entourée des membres du comité : Katherine Lambert, CSSS Alphonse-Desjardins, Sylvain Allard, CSSS Dorval-Lachine-LaSalle, Sonia Mancier, Vigi Santé Montérégie, Guillaume Carette, CHUS, Lynda Lessard, CSSS de la Vieille-Capitale, Isabelle Hall, CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan, Carole Grant, CHUM, et Sandra Chiasson, CSSS Domaine-du-Roy. Absente de la photo : Nicole Boisvert, CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke



1. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

L'importance de la planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire

La contribution des infirmières auxiliaires dans l'équipe de soins est indispensable et la FIQ compte continuer à revendiquer une planification adéquate de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire.

La profession d'infirmière auxiliaire est aujourd'hui en pleine croissance, l'effectif de l'OIIAQ ayant augmenté de 35 % entre 2002 et 2012². Malgré cela, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) projette un déficit de main-d'œuvre infirmière auxiliaire se chiffrant à 303 pour 2013-2014, et augmentant jusqu'à 2 486 infirmières auxiliaires pour 2017-2018³. Les infirmières auxiliaires, qui travaillent régulièrement auprès des patient-e-s, sont des intervenantes essentielles pour l'humanisation des soins.

La pénurie récurrente de main-d'œuvre au sein des équipes de soins demeure un enjeu important pour la FIQ. La Fédération continue de défendre auprès des décideurs une planification de la main-d'œuvre durable et adéquate qui prend en considération toutes les membres de l'équipe de soins. Un tel processus visant à prévoir les disponibilités et les besoins de main-d'œuvre du réseau et à doter les établissements de santé de personnel qualifié qui pourra exécuter les activités et répondre aux besoins de la population est plus que nécessaire.

La FIQ considère qu'une bonne planification de la main-d'œuvre est déterminante dans l'organisation du travail au quotidien et qu'elle est, tant au niveau local, régional que national, un des leviers importants pour permettre aux professionnelles en soins d'occuper pleinement leur rôle et pour favoriser l'accès des Québécois-es à des soins de santé de qualité.

Une pratique, des connaissances et des compétences à faire valoir

Son champ d'exercice

Le champ d'exercice des infirmières auxiliaires, en vertu du Code des professions, consiste à contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, à prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et à fournir des soins palliatifs⁴. Ce champ d'exercice permet aux infirmières auxiliaires de développer une pratique centrée sur la relation avec les patient-e-s et sur la qualité des soins.

L'occupation pleine et entière du champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire est essentielle sur le plan de l'organisation du travail. C'est également le cas pour le champ d'exercice de chaque professionnelle membre de l'équipe de soins. En effet, chacune des professionnelles en soins joue un rôle complémentaire et essentiel pour offrir des soins et des services de qualité à la population québécoise. La valorisation et l'utilisation optimale des compétences de chacune sont importantes afin d'assurer la continuité des soins et de favoriser une bonne collaboration interprofessionnelle.

2. OIIAQ. *Rapport annuel 2002-2003 et Rapport annuel 2011-2012 - Développer mes compétences pour mieux soigner.*

3. MSSS. (septembre 2012). *Portrait de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire.* Direction de l'analyse et du soutien informationnel.

4. *Code des professions*, L.R.Q., chapitre C-26, article 37 p).

Ses activités réservées

Les infirmières auxiliaires ont été amenées à jouer de nouveaux rôles dans des milieux d'exercice plus variés au cours des dernières années, entre autres, depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90⁵ en 2003. Cette loi a introduit les neuf activités réservées suivantes à l'exercice de la profession d'infirmière auxiliaire.

- 1** Appliquer des mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique.
- 2** Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance.
- 3** Prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.
- 4** Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
- 5** Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
- 6** Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- 7** Contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique.
- 8** Introduire un instrument ou un doigt, selon une ordonnance, au-delà du vestibule nasal, des grandes lèvres, du méat urinaire, de la marge de l'anus ou dans une ouverture artificielle du corps humain.
- 9** Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique à des fins de prélèvements, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94⁶.

Ces activités réservées ont pour objectif de permettre aux infirmières auxiliaires d'occuper pleinement leur champ d'exercice en toute autonomie et de mieux répondre aux besoins des patient-e-s et à la réalité du réseau de la santé. Les changements apportés par la Loi 90 ont contribué à élargir et à enrichir la pratique et à reconnaître davantage les infirmières auxiliaires comme des professionnelles membres à part entière de l'équipe de soins.

5. Pour en savoir plus sur la Loi 90 : www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/2013-fascicule-tot-1-loi-90-fr.pdf
6. Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26, article 37.1, 5^o.



La FIQ constate que dans certains milieux de soins, les employeurs ne mettent pas en place les mesures nécessaires permettant aux infirmières auxiliaires d'exercer pleinement leurs activités réservées et par règlement. Il est notamment de la responsabilité des employeurs de voir à l'application de la Loi 90 et de ses objectifs, soit d'assurer une meilleure continuité des soins et une collaboration plus efficace entre les professionnel-le-s pour mieux répondre aux besoins des patient-e-s. La Fédération continue la bataille pour une meilleure reconnaissance du rôle de l'infirmière auxiliaire et le développement d'une pratique enrichie de la profession.

Ses activités accessibles par règlement

L'adoption de règlements, particulièrement ceux de 2008 et 2013, a permis aux infirmières auxiliaires d'effectuer des activités autorisées et d'augmenter leur contribution à la réalisation du plan de soins. Le premier, le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière auxiliaire ou un infirmier auxiliaire, encadre différentes activités professionnelles, en lien avec l'entretien d'une trachéostomie reliée à un ventilateur et la contribution à la thérapie intraveineuse, pouvant être réalisées par les infirmières auxiliaires ayant obtenu les attestations de formation nécessaires, selon certaines conditions de pratique⁷.

À ce jour, la formation en lien avec ce règlement n'a pas visé l'ensemble des infirmières auxiliaires, mais elle a plutôt été rendue disponible à celles pour lesquelles ces activités seraient prioritaires pour leur pratique, soit surtout en soins de courte durée. Environ la moitié des infirmières auxiliaires, incluant les étudiantes faisant leur entrée dans la profession, ont été formées jusqu'à maintenant⁸ en lien avec la contribution à la thérapie intraveineuse. Quant au deuxième règlement, le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées en orthopédie par des personnes autres que des médecins, il permet aux infirmières auxiliaires de réaliser différentes activités professionnelles en lien avec les immobilisations plâtrées, les attelles et les appareils orthopédiques et aides à la marche, selon certaines conditions de pratique⁹ et de formation.

Ces deux règlements ont aussi contribué à l'enrichissement de la pratique amorcé avec la Loi 90. La Fédération suit de près la réglementation professionnelle relative aux infirmières auxiliaires et la façon dont la profession va continuer à évoluer et à jouer son rôle au sein du système de santé.

Selon la FIQ, dans le but de faciliter la compréhension du rôle de l'infirmière auxiliaire et de son importance dans le réseau de la santé, ainsi que de favoriser la pleine et entière utilisation de son champ de pratique, un accès plus large à la formation nécessaire à la réalisation des différentes activités professionnelles accessibles aux infirmières auxiliaires doit demeurer une priorité pour les gestionnaires. Bien que la FIQ continue de défendre un développement des ressources humaines approprié, les infirmières auxiliaires doivent également le revendiquer dans leur établissement avec le soutien de leur équipe syndicale locale.

Ses milieux d'exercice

Les infirmières auxiliaires pratiquent dans des secteurs d'activités de plus en plus variés tels que le soutien à domicile, le bloc opératoire, l'hémodialyse, la gériatrie, la pédiatrie et l'urgence. Au Québec, des lignes directrices rédigées conjointement par les ordres professionnels encadrent davantage la pratique des infirmières auxiliaires et des infirmières au bloc opératoire, tant en ce qui concerne les services interne qu'externe. La tendance canadienne est également à la diversification de leurs milieux d'exercice, entre autres, aux soins aigus, aux soins de longue durée, à la santé communautaire, au bloc opératoire, à l'urgence ou aux soins à domicile. La présence des infirmières auxiliaires dans ces milieux d'exercice contribue de façon concrète au développement de la profession. Elles sont partie intégrante de l'équipe de soins et y collaborent de différentes façons, que ce soit au sein d'équipes multidisciplinaires, en dyades, dans une pratique interdisciplinaire, etc. Elles sont des intervenantes indispensables auprès des patient-e-s.

7. OIIAQ. (2011). « Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire ». [en ligne]. [www.oiaq.org/documents/file/ouvrages_de_reference/activit-prof-janv2011.pdf] (24 septembre 2013)

8. 13 093 sur 26 935 membres de l'OIIAQ au total. OIIAQ (2013). « Rapport annuel 2012-2013 », [en ligne]. [http://www.oiaq.org/documents/file/rapports_annuels/ra-12-13-web-final.pdf] (24 septembre 2013)

9. Gazette officielle du Québec (11 septembre 2013). *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées en orthopédie par des personnes autres que des médecins.*

Des infirmières auxiliaires témoignent de leur pratique enrichie

Le FIQ Dossier spécial vous présente des infirmières auxiliaires qui sont en mesure de pratiquer toutes les activités réservées et par règlement pertinentes à leur centre d'activités. Elles sont à même de témoigner des impacts positifs sur leur travail et sur les soins donnés aux patient-e-s. Ces témoignages démontrent concrètement que les infirmières auxiliaires sont des professionnelles dont les connaissances et les compétences contribuent de façon significative à la prestation de soins de santé de qualité dans des milieux de travail variés. De telles pratiques élargies et enrichies se doivent d'être mises en valeur localement.



Photo : Josée Roy

« Dans mon centre d'activités, toutes les membres de l'équipe de soins ont leur place et collaborent pour donner des soins de qualité aux patient-e-s. Ici, il y a une bonne communication entre nous, tout le monde connaît le rôle et le champ d'exercice de chacune et est en mesure de contribuer aux soins. Je peux donc contribuer à l'évaluation de l'état de santé des patient-e-s.

En fonction du plan thérapeutique infirmier et des ordonnances, j'administre, entre autres, des médicaments, je réalise des pansements, je contribue à la vaccination, j'observe l'état de conscience des patient-e-s et je fais l'entretien de différents appareils. Les défis que représente la clientèle d'aujourd'hui en soins de longue durée sont intéressants. J'aime mon travail qui me permet de développer un lien à long terme avec les patient-e-s et d'assurer une continuité dans leurs soins. Pour moi, l'infirmière auxiliaire a un beau rôle, celui de traiter l'humain. »

Brigitte Beaudoin, infirmière auxiliaire, Centre d'hébergement Christ-Roi, CSSS de la Vieille-Capitale

« J'aime être à l'urgence et travailler avec une clientèle ambulatoire parce que je peux réaliser l'ensemble des activités réservées par la Loi 90, selon les besoins des patient-e-s. J'administre notamment des médicaments, je fais différents prélèvements, j'installe des tubes nasogastriques, je contribue à la vaccination et je prends des signes vitaux. Je suis aussi amenée à installer des cathéters intraveineux, une activité par règlement pour laquelle nous avons reçu la formation nécessaire en cours d'emploi.

Ici, la communication et la connaissance du champ de pratique de chacune des membres de l'équipe de soins sont importantes. Sur le plan des ordonnances collectives, je constate toutefois que des démarches doivent se poursuivre pour qu'elles soient davantage exploitées. Je trouve qu'ici nous contribuons à la qualité et à l'accessibilité des soins. Travailler dans un petit village est parfois difficile parce que je connais les gens qui entrent à l'urgence, mais c'est aussi plus facile parce que les patient-e-s et les familles sont plus à l'aise de me parler. »

Tamara Niven, infirmière auxiliaire, urgence, Hôpital Barrie Memorial, CSSS du Haut-Saint-Laurent



Photo : Jacques Lavallée

« Je travaille de nuit à l'urgence avec trois infirmières, dont une est au triage. Je réalise plusieurs activités professionnelles telles que des prélèvements sanguins et urinaires, des pansements, des traitements de plaie, la surveillance des signes neurologiques, l'administration de médicaments, entre autres, par voie sous-cutanée, l'installation de tubes nasogastriques et de solutés sans additifs. Je prends également des ordonnances médicales liées à mes activités professionnelles et je réalise des notes au dossier des patient-e-s.

Le chef de département a travaillé fort pour intégrer les infirmières auxiliaires ici à l'urgence et pour qu'elles aient leur place. Une formation et des rencontres ont eu lieu pour que notre intégration se fasse bien, ce qui a contribué à accroître le sentiment de confiance entre les professionnelles en soins. Toutes les membres de l'équipe de soins ont ainsi pu jouer leur rôle auprès des patient-e-s. Le travail d'équipe, le respect des tâches de chacune ainsi que la formation adaptée à l'évolution de la profession sont ce que j'entrevois pour l'avenir de ma pratique et des soins. »

Mélinda St-Louis, infirmière auxiliaire, urgence, Hôpital Le Royer, CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan



Photo : Karine Bujold



Photo : CSSS Domaine-du-Roy

Lise Deschênes (au centre) entourée de ses collègues infirmières auxiliaires du bloc opératoire : Lise Tardif, Stéphane Painchaud, France Drolet et Lynn Desmarais

« J'aime travailler au bloc opératoire pour le travail d'équipe multidisciplinaire et la possibilité d'aider et de soigner les gens. La stabilité de notre équipe de soins minimise les possibilités d'erreurs et nous travaillons ensemble pour la sécurité des patient-e-s. Mon travail consiste à participer à la préparation du matériel requis pour l'opération et à m'assurer que la salle soit montée adéquatement avec les appareils requis.

Je participe aussi au positionnement du-de la patient-e, je joue le rôle d'instrumentiste et d'aide technique en fonction des temps opératoires, je participe à la réalisation du pansement et au transfert du-de la patient-e lorsque la chirurgie est terminée. En salle d'endoscopie, j'installe notamment des solutés. Mon travail me permet de continuer à aiguiser ma curiosité professionnelle, c'est enrichissant. Tout évolue rapidement dans cette profession, il y aura toujours de nouveaux instruments, de nouveaux appareils et de nouvelles façons de travailler à explorer. »

Lise Deschênes, infirmière auxiliaire, bloc opératoire, Hôtel-Dieu de Roberval, CSSS Domaine-du-Roy

Des témoignages qui valorisent le travail des infirmières auxiliaires dans des milieux novateurs

Le FIQ Dossier spécial vous présente des infirmières auxiliaires qui pratiquent dans des milieux d'exercice novateurs et qui témoignent de leur contribution à ces centres d'activités. Une infirmière témoigne également de son travail avec des infirmières auxiliaires et une directrice adjointe des soins infirmiers explique comment son milieu favorise l'enrichissement de la pratique des infirmières auxiliaires. Enfin, une infirmière auxiliaire superviseuse de stage et enseignante explique brièvement la formation des étudiantes dans ce domaine. Des témoignages concrets permettant de revendiquer une pratique infirmière auxiliaire dans différents milieux de soins au niveau local.

« Je travaille sur un projet-pilote qui a débuté en septembre dernier pour lequel deux infirmières auxiliaires contribuent à la vaccination en milieu scolaire en collaboration avec les infirmières. Dans le cadre de ce projet, d'une durée de neuf mois, je m'occupe avec une autre infirmière auxiliaire de faire l'inventaire des vaccins, de préparer le matériel et de participer aux journées de vaccination. Après l'évaluation effectuée par l'infirmière, j'accueille l'enfant et le mets à l'aise, je vérifie les renseignements, j'administre le vaccin et je prends des notes concernant la vaccination.

Je participe également à l'observation postvaccination. Avant l'implantation du projet, des rencontres ont eu lieu pour définir les rôles de chacune. Nous avons été bien formées, notamment par rapport au Protocole d'immunisation du Québec, et un bon programme d'orientation a été offert.

Des rencontres se tiennent aussi régulièrement pour faire un suivi du projet. Je trouve que la Loi 90 est un plus pour la pratique des infirmières auxiliaires, nous pouvons exercer dans plus de milieux et de nouvelles possibilités s'ouvriront sûrement à nous dans les années à venir. »



Photo : Jacques Lavallée

Patrice Lalonde, infirmier auxiliaire, projet-pilote santé scolaire, CLSC, CSSS Jardins-Roussillon



Photo : IUCPQ

« Ici, l'intégration des infirmières auxiliaires dans différents milieux et l'enrichissement de leur pratique font partie du plan d'action du comité de soins [comité paritaire traitant de toute question se rapportant directement aux soins]. Dans mon centre d'activités, je travaille en dyade avec une infirmière auprès d'une clientèle ambulatoire. Nous nous divisons les tâches selon notre champ d'exercice, les priorités de soins et les demandes d'examen. Je contribue aussi à l'évaluation des patient-e-s dont l'état de santé est plus stable. Je travaille dans un milieu avant-gardiste où nous avons accès à du soutien clinique, entre autres pour s'ajuster à de nouvelles technologies et techniques. Un outil détaillant les rôles de chacune des membres de l'équipe de soins a également été développé.

Je suis la présidente du Comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA), qui travaille également de façon intégrée avec le Conseil des infirmières et infirmiers (CII). Ici, l'accueil des infirmières auxiliaires et des infirmières est fait en commun, ce qui leur permet d'être au courant des rôles de chacune. Un bon programme d'orientation a également été mis en place. Je remarque par contre qu'il reste du travail à faire pour consolider le rôle élargi de l'infirmière auxiliaire et encadrer sa pratique, entre autres en adaptant des méthodes de soins qui exploiteraient encore plus le champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire. »

Carine Vézina, infirmière auxiliaire, clientèle postinfarctus/hémodynamie/électrophysiologie, Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec

« En plus du côté relation d'aide, il y a beaucoup de soins physiques ici, autant sur le plan de la réadaptation qu'en gériatrie, auxquels je contribue. Les infirmières auxiliaires ont leur place en santé mentale. Nos collègues sont en mesure d'apprécier notre formation complète et notre contribution au travail de l'équipe de soins.

En collaboration avec les autres professionnel-le-s, nous travaillons auprès des patient-e-s stables. Ici, c'est comme un milieu de vie, les patient-e-s peuvent y demeurer jusqu'à deux ans, nous devons donc les connaître pour répondre à leurs besoins qui peuvent changer d'une journée à l'autre. Mon travail contribue à l'élaboration, par l'équipe multidisciplinaire, des plans physiques, comportementaux et cognitifs des patient-e-s. Il existe encore des tabous par rapport à la pratique infirmière auxiliaire en santé mentale alors que lorsque la formation en cours d'emploi est disponible, nous avons les outils pour bien y jouer notre rôle. »

Isabelle Boulanger, infirmière auxiliaire, santé mentale, Hôtel-Dieu de Sherbrooke, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Photo : Jacques Lavallée



Photo : Jacques Lavallée

« Je travaille dans un CLSC au sein d'un groupe de médecine de famille. Ici, ça fait une dizaine d'années qu'il y a des infirmières auxiliaires et nos activités sont appréciées. Je collabore, avec l'équipe de professionnel-le-s, à la clinique de dépannage sans rendez-vous pour les patient-e-s inscrit-e-s. Je m'occupe d'accueillir les patient-e-s, de faire une collecte de données et de prendre leurs signes vitaux. Selon la raison de la consultation et sous ordonnance du médecin, je peux faire notamment des prélèvements, des pansements et des vaccins.

Je collabore également aux chirurgies mineures liées, entre autres, à des kystes, à des grains de beauté, à des verrues et à des ongles incarnés. Je prépare les patient-e-s, fournis au médecin le matériel pour la chirurgie, inscris des notes au dossier, fais des pansements et participe à des suivis postchirurgie. J'aime beaucoup mon travail qui me permet de faire différentes tâches auprès d'une clientèle variée et d'enrichir mes connaissances. Je reçois de la formation continue et j'ai la possibilité d'exploiter mon champ d'exercice. »

Sabrina Inkel, infirmière auxiliaire, groupe de médecine de famille, CLSC King Est, CSSS - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

« Au début de ma pratique comme infirmière au département de chirurgie, il n'y avait pas beaucoup d'infirmières auxiliaires et les infirmières travaillaient plus seules. Avec la pénurie d'infirmières, l'établissement a introduit, il y a cinq ans, le système de soins modulaire. Des personnes-ressources ont pris le temps nécessaire pour bien nous expliquer le fonctionnement.

Je travaille donc maintenant toujours en équipe avec une infirmière auxiliaire. Ici, nous ne sentons pas de hiérarchie, c'est vraiment un travail de collaboration professionnelle. L'infirmière auxiliaire s'occupe notamment d'administrer, sous ordonnance, les médicaments aux patient-e-s et de mon côté, je m'occupe de l'évaluation des patient-e-s. Je fais entièrement confiance au travail des infirmières auxiliaires avec qui je travaille et à leur contribution à l'évaluation des patient-e-s. Elles ont une bonne formation de base et sont autonomes.

La communication est très importante pour éviter de travailler en double. Nous nous parlons régulièrement afin d'établir et de structurer le travail de chacune. L'instauration du travail en module a été bénéfique pour moi et j'aime travailler de cette façon, c'est plus dynamique et les patient-e-s se sentent pris-es en charge. »

Cathy Mccowan, infirmière, médecine et chirurgie, Hôpital Fleurimont, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke



Photo : Jacques Lavallée

Cathy Mccowan et sa collègue infirmière auxiliaire, Caroline Breton

« Les infirmières auxiliaires sont présentes sur les trois quarts de travail dans la majeure partie des centres d'activités. Elles couvrent plusieurs spécialités, notamment l'ophtalmologie, la radio-oncologie, le bloc opératoire, la néonatalogie, la santé mentale et les unités de médecine chirurgie. Les infirmières auxiliaires sont des membres à part entière de l'équipe de soins. Elles travaillent en triade avec une infirmière et un-e préposé-e aux bénéficiaires selon un modèle coordonné des soins structuré en fonction des besoins des patient-e-s.

Leurs activités autorisées et non autorisées ont été clarifiées avec le Comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA) et intégrées dans un document. Cet outil est réévalué annuellement, entre autres, en fonction de l'évolution du matériel et de la formation offerte en cours d'emploi. C'est un défi pour chacune des membres de l'équipe de soins de bien comprendre les activités qui lui sont réservées et pourquoi il est important de respecter son champ d'exercice afin de maximiser sa contribution auprès des patient-e-s. Il est clair que l'apport des infirmières auxiliaire au travail de l'équipe de soins favorise l'accessibilité des soins. »

Photo : GHUS



Hélène Loiselle, directrice adjointe des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

« Dans le cadre de mon travail comme infirmière auxiliaire à l'urgence, je supervise et j'encadre des stagiaires. J'enseigne aussi à temps partiel en laboratoire. J'ai ainsi l'occasion de partager mes connaissances et ma pratique. Les responsabilités et les tâches des infirmières auxiliaires augmentent toujours. La Loi 90 et les nouvelles activités ont certainement favorisé la complémentarité entre les professionnelles en soins. L'infirmière auxiliaire doit être capable de travailler en équipe et d'établir un bon contact avec les patient-e-s.

Photo : Jacques Lavallée



J'explique aux étudiantes que nous sommes un maillon important de l'équipe de soins et que nous devons établir une relation de confiance pour être crédibles et reconnues comme des professionnelles autonomes. Plusieurs personnes ne connaissent pas bien notre formation. Nous avons une bonne connaissance de base sur le plan du corps humain, des pathologies et des médicaments. Le cours que suivent les étudiantes est assez intense, il y a plusieurs heures de formation et l'exigence de notes de passage minimales élevées. Les stages leur permettent de mieux comprendre le rôle de chacune des membres de l'équipe de soins. »

Carolyn Linde, infirmière auxiliaire, urgence, Hôpital Fleurimont, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et enseignante et superviseuse de stage, Centre de formation professionnelle de Lennoxville

Valoriser le rôle de l'infirmière auxiliaire dans l'équipe de soins, une nécessité à tous les paliers

Pour la FIQ, les gestionnaires du réseau doivent promouvoir davantage la reconnaissance des infirmières auxiliaires dans les établissements, notamment au regard d'une participation pleine et entière au travail de l'équipe de soins, d'une structure de postes adéquate, d'une introduction dans des centres d'activités variés et d'une valorisation de la profession. Les équipes syndicales locales, en tant que représentantes des membres, sont des interlocutrices importantes à cet effet. Le comité de soins, un comité paritaire conventionné, est d'ailleurs un des lieux importants à investir pour étudier toute problématique touchant l'organisation du travail et des soins.

Bien que le travail pour l'occupation pleine et entière du champ de pratique des infirmières auxiliaires demeure un processus continu, la FIQ estime qu'il est primordial que tous les milieux agissent de façon concrète dès maintenant en ce sens. Une implication active de toutes les membres de l'équipe de soins est nécessaire pour que le rôle de chacune soit mis à contribution, encourageant ainsi une pratique professionnelle intéressante et une dispensation de soins de qualité.



Carine Vézina, infirmière auxiliaire, et sa collègue infirmière, Mélissa Alain

Photo : IUCPQ

LA FIQ, UNE VOIX QUI PORTE, DES GESTES QUI COMPTENT



Pour la FIQ, les équipes syndicales locales et les membres infirmières auxiliaires, qui sont au cœur de la réalité des soins, sont des interlocutrices importantes pour assurer une meilleure reconnaissance de leur profession. Ensemble et mobilisées, elles sont à même de revendiquer une participation active pour toute question concernant l'organisation du travail. Leur apport, au niveau local, est essentiel pour améliorer les conditions de travail et de vie des professionnelles en soins et maintenir des soins de qualité.



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

FIQ Montréal | Siège social
1234, avenue Papineau, Montréal (Québec) H2K 0A4 |
514 987-1141 | 1 800 363-6541 | Téléc. 514 987-7273 | 1 877 987-7273 |

FIQ Québec |
1260, rue du Blizzard, Québec (Québec) G2K 0J1 |
418 626-2226 | 1 800 463-6770 | Téléc. 418 626-2111 | 1 866 626-2111 |

fiqsante.qc.ca | info@fiqsante.qc.ca



PROFESSION: INHALOTHÉRAPEUTE



Champ d'exercice de l'inhalothérapeute

L'article 37 s du *Code des professions* reconnaît un champ d'exercice propre à l'inhalothérapeute et établit son expertise clinique en matière de santé cardiorespiratoire:

L'exercice de l'inhalothérapie consiste à contribuer à l'évaluation de la condition cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à contribuer à l'anesthésie et traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

Des activités réservées

À l'instar de quelques autres professionnels, l'inhalothérapeute exerce les activités qui lui sont réservées dans le cadre du champ d'exercice de sa profession. Elles sont au nombre de sept (7) dont six (6) d'entre elles nécessitent une ordonnance (individuelle ou collective).

ordonnance	
description	
activités réservées	
Effectuer l'assistance ventilatoire	Toute assistance ou support ventilatoire, peu importe la technologie utilisée, qu'elle soit effractive ou non, incluant le suivi thérapeutique et clinique optimal et la gestion du sevrage.
Effectuer des prélèvements	Tout prélèvement relié à la pratique de l'inhalothérapie: gazométrie sanguine, prélèvements de sécrétions bronchiques pour cytologie ou bactériologie, etc.
Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire	Toute épreuve diagnostique reliée à la fonction cardiorespiratoire: bilan de base complet des volumes respiratoires, test de diffusion, test de provocation bronchique, ECG au repos et à l'effort, étude de polysomnographie complète ou abrégée, etc.
Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie ou sous assistance ventilatoire	Cette surveillance n'est assujettie à aucune condition et peut être effectuée en toute autonomie, non seulement au bloc opératoire mais aussi dans les unités de soins critiques ou à l'urgence, selon l'état du patient et les besoins du milieu.
Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance	L'inhalothérapeute peut administrer un médicament ou une substance, selon l'ordonnance, peu importe la voie d'administration, qu'elle soit périphérique, centrale ou épidurale.
Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament	Certains médicaments ou substances nécessitent l'ajout d'un diluant afin de rendre la substance active ou injectable.
Introduire un instrument dans une voie périphérique ou dans une ouverture artificielle dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal	L'inhalothérapeute peut introduire ou retirer un instrument: insertion ou retrait de la sonde endotrachéale ou gastrique, installation d'une voie veineuse périphérique, etc.

L'inhalothérapeute est un professionnel reconnu par le *Code des professions* du Québec. En raison de son **expertise confirmée dans les soins du système cardiorespiratoire**, il exerce sa profession en étroite collaboration avec les médecins et les autres professionnels de la santé.

Divers milieux d'exercice

L'expertise de l'inhalothérapeute est mise à profit dans divers milieux. Dans les centres hospitaliers de soins de courte durée où il exerce dans les unités de soins (chirurgie et médecine), au bloc opératoire, à l'urgence, aux soins intensifs, dans les unités de physiologie respiratoire, en néonatalogie et, de façon générale, dans tous les autres lieux traitant des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

En raison du développement des soins ambulatoires et de l'accroissement de l'incidence des maladies respiratoires chez les personnes âgées, on le retrouve de plus en plus au sein d'équipes de soins hors institution: CLSC, CHSLD, cliniques privées.

Plusieurs autres secteurs lui sont également ouverts: enseignement, recherche, hygiène et médecine préventive, cardiologie, médecine sportive, secteur ambulancier, laboratoires de polysomnographie, cliniques et centres d'enseignement sur l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), cliniques de cessation tabagique et de rééducation respiratoire, cliniques de chirurgies dentaire, générale ou esthétique et vente de produits et équipements médicaux.

Devenir inhalothérapeute

La formation des inhalothérapeutes est orientée en fonction de leur intervention clinique en soins cardiorespiratoires et en assistance anesthésique.

Au Québec, la profession exige un diplôme d'études secondaires (DES) et un diplôme d'études collégiales (DEC) en Techniques d'inhalothérapie.

Des travaux pratiques en laboratoire et un entraînement (stage) en milieu clinique, en institution et hors institution, complètent cette formation d'une durée de trois ans. Au Québec, huit (8) cégeps dispensent le programme, dont un établissement anglophone et un autre privé.

Un titre réservé

Pour exercer cette profession au Québec et porter le titre d'**Inhalothérapeute**, il faut être **titulaire d'un permis d'exercice** de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) qui contrôle et surveille l'exercice de la profession. En 2012, l'OPIQ compte plus de 3800 membres.

AVEC VOUS en anesthésie-réanimation



Au Québec, l'inhalothérapeute exerce en assistance anesthésique depuis près de 40 ans. Il **assure en toute autonomie la surveillance clinique** de la condition de la personne sous anesthésie ou sous sédation-analgésie.

activité	HEURES DE FORMATION	
Fournir une assistance anesthésique	Théorie	131 h
	Stage	277 h
	Total	408 h

Plus d'un tiers des inhalothérapeutes du Québec travaillent non seulement au bloc opératoire mais également dans toutes les unités de soins où une anesthésie ou une sédation-analgésie est requise. Il participe et assume un rôle de surveillance lors des phases d'induction, de maintien et d'émergence d'une anesthésie générale. Il intervient également lors d'une anesthésie régionale (épidurale, rachidienne, bloc nerveux). Il va sans dire que l'inhalothérapeute est aussi responsable de la préparation des médicaments et autres substances, de l'installation et du contrôle de qualité du monitoring effractif et non effractif, de la prévention des infections, etc.

Il est présent en clinique de douleur et assiste l'anesthésiologiste lors de techniques particulières et il exerce aussi de plus en plus en sédation-analgésie.



APPLICATION MOBILE
pour en savoir plus sur l'Ordre professionnel
des inhalothérapeutes du Québec

Une profession aux multiples facettes

L'inhalothérapeute joue un rôle important dans les soins aux personnes atteintes de maladies respiratoires, notamment par le développement de nouvelles approches comme le suivi systématique des clientèles et l'application de protocoles cliniques. Il est partie intégrante des équipes multidisciplinaires d'intervention. Sa contribution aide à réduire la fréquence et la durée des hospitalisations et facilite le maintien des patients à domicile.

AVEC VOUS en soins cardiorespiratoires généraux

Au-delà de sa contribution à l'évaluation cardiorespiratoire, l'inhalothérapeute clinicien est aussi responsable du contrôle de la qualité du matériel et des équipements utilisés à cette fin ainsi que de la promotion de la santé et la prévention des infections.

activité	HEURES DE FORMATION	
Prodiguer des soins cardiorespiratoires généraux	Théorie	288 h
	Stage	107 h
	Total	395 h

Plus de la moitié des inhalothérapeutes au Québec travaillent dans ce secteur qui comprend notamment:

- la contribution à l'évaluation;
- l'oxygénothérapie;
- l'humidification des voies respiratoires;
- l'aérosolthérapie humide ou doseur;
- la chimiothérapie pulmonaire topique avec ou sans pression positive intermittente;
- la réanimation cardiorespiratoire;
- la ventilation artificielle prolongée (VAP);
- la ventilation non effractive;
- les soins aux patients trachéotomisés ou intubés.

AVEC VOUS en soins critiques et urgence



On reconnaît à l'inhalothérapeute une expertise pointue en assistance ventilatoire mise à profit dans les soins critiques. Par conséquent, il agit souvent à titre de consultant ou de professionnel de référence, notamment en ce qui a trait à l'application clinique des principes de ventilation en lien avec l'état du patient et aux aspects liés aux technologies (respirateurs, interfaces, etc.).

activité	HEURES DE FORMATION	
Fournir une assistance en soins critiques	Théorie	328 h
	Stage	349 h
	Total	677 h

Au cœur de l'exercice professionnel de l'inhalothérapeute, ce secteur d'activité inclut entre autres la réanimation à un niveau avancée chez tous les types de clientèle, la prise en charge des voies aériennes, l'installation, le suivi clinique optimal et le sevrage de la ventilation effractive et non effractive.

Dans ce contexte, où la condition du patient est souvent grave et instable, la capacité d'évaluation et le jugement clinique de l'inhalothérapeute sont cruciaux. La mise en œuvre de protocoles de haut niveau commande notamment une maîtrise des principes de ventilation ainsi qu'une connaissance approfondie de l'anatomie, de la pathophysiologie, de la pharmacologie et de l'hémodynamie. L'acquisition de ces compétences et de ce savoir est nécessaire à l'application d'algorithmes décisionnels complexes, tâche qu'il effectue avec une grande autonomie.

Par la reconnaissance d'une activité réservée en lien avec la surveillance clinique de la condition de la personne sous assistance ventilatoire, le Code des professions lui reconnaît cette pointe d'expertise et de spécialisation. À ce titre, l'inhalothérapeute agit souvent à titre de consultant ou de personne de référence.

AVEC VOUS en soins respiratoires à domicile



De plus en plus d'inhalothérapeutes sont amenés à exercer dans le domaine des soins hors institution. L'expérience nous démontre que l'inhalothérapeute est un professionnel privilégié pour assurer l'évaluation des personnes souffrant de problèmes respiratoires et pour la mise en place d'interventions thérapeutiques, éducatives et préventives à domicile.

Son expertise en soins respiratoires accentue le climat de confiance et le sentiment de sécurité permettant le maintien du patient dans son milieu de vie. Sa contribution à l'évaluation globale de l'usager, les techniques de soins respiratoires, les épreuves diagnostiques ainsi que les relations d'aide à l'usager et à ses proches font également partie des interventions de l'inhalothérapeute dans les programmes de soins à domicile.

AVEC VOUS en enseignement, éducation et rééducation respiratoire

L'intervention éducative permet d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des patients, de réduire le nombre de consultations à l'urgence et de favoriser le retour et le maintien à domicile.

Une proportion croissante d'inhalothérapeutes travaille dans le domaine de l'enseignement, de l'éducation et de la rééducation afin d'aider les usagers à recouvrer plus rapidement leur capacité respiratoire, à stabiliser leur situation à long terme et à prévenir les hospitalisations.

L'inhalothérapeute-éducateur doit notamment coordonner et contrôler les activités éducatives spécifiques à la fonction respiratoire, en accord avec les autres intervenants de l'équipe multidisciplinaire. Il développe les moyens pédagogiques nécessaires, enseigne à l'usager les techniques et les interventions préventives appropriées et évalue l'atteinte des objectifs d'apprentissage de l'usager.

L'inhalothérapeute travaille alors en étroite collaboration avec d'autres professionnels: les médecins généralistes, les pneumologues, les anesthésiologistes, les infirmières, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux. Il œuvre également auprès des familles, des bénévoles et des organismes communautaires.

AVEC VOUS en épreuves diagnostiques



Les notions théoriques et cliniques requises à ce secteur constituent la base essentielle de la physiologie respiratoire et les principes qui y sont appliqués sont également nécessaires en contexte de soins critiques où l'interprétation par l'inhalothérapeute des courbes ventilatoires assure un suivi clinique optimal.

activité	HEURES DE FORMATION	
Effectuer des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire	Théorie	108 h
	Stage	100 h
	Total	208 h

L'inhalothérapeute joue aussi un rôle dans l'élaboration de diagnostics. Il intervient aux côtés du médecin dans l'évaluation de l'état cardiorespiratoire du patient avant, pendant et après le traitement. De plus, il évalue l'efficacité des traitements et enseigne aux usagers comment améliorer ou maintenir leur état de santé.

D'autre part, il participe également à l'élaboration diagnostique par:

- des épreuves de gazométrie sanguine;
- des épreuves diagnostiques de la fonction cardiorespiratoire au repos et à l'effort;
- des épreuves diagnostiques effractives de la fonction cardiaque;
- des prélèvements de sécrétions bronchiques pour cytologie et bactériologie;
- des études de polysomnographie complète ou abrégée.

ENSEMBLE
pour une meilleure
santé cardiorespiratoire

Annexe 3

Figure 7. Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière¹

Figure 8. Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière auxiliaire²

Figure 9. Champs d'exercice de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire et liens entre leurs activités réservées ou autorisées³

Figure 10. Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière, exemples en soins de santé de proximité⁴

Figure 11. Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière, exemples en soins de longue durée⁵

¹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *L'univers des soins infirmiers en images : Portée du champ d'exercice de l'infirmière et collaboration professionnelle*, 2014. Schéma 1 : Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière.

² ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *L'univers des soins infirmiers en images : Portée du champ d'exercice de l'infirmière et collaboration professionnelle*, 2014. Schéma 3 : Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière auxiliaire.

³ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *L'univers des soins infirmiers en images : Portée du champ d'exercice de l'infirmière et collaboration professionnelle*, 2014. Schéma 2 : Champs d'exercice de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire et liens entre leurs activités réservées ou autorisées.

⁴ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *L'univers des soins infirmiers en images : Portée du champ d'exercice de l'infirmière et collaboration professionnelle*, 2014. Schéma 7 : Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière, exemples en soins de santé de proximité (soins dans la communauté).

⁵ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *L'univers des soins infirmiers en images : Portée du champ d'exercice de l'infirmière et collaboration professionnelle*, 2014. Schéma 4 : Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière, exemples en soins de longue durée.

Figure 7

Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière

©Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Juillet 2014

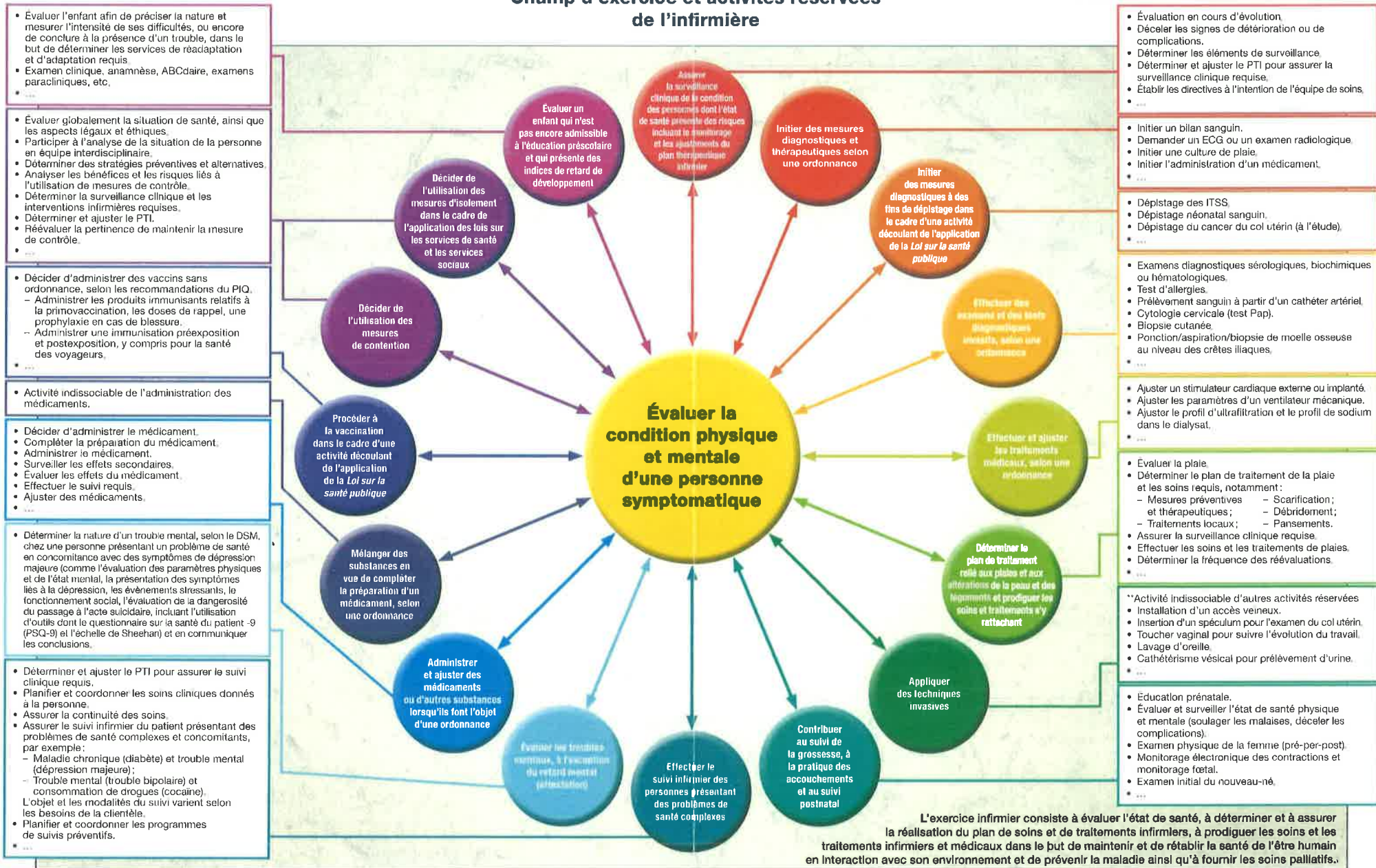


Figure 8

Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière auxiliaire

L'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne. Elle peut notamment :

- Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
- Collecter des données objectives et subjectives.

L'interprétation des données demeure une activité réservée à l'infirmière à qui l'activité d'évaluation est réservée.

L'infirmière auxiliaire ne peut pas exercer cette activité en pleine et entière autonomie. L'infirmière auxiliaire doit agir en collaboration avec l'infirmière dont le champ d'exercice comprend l'évaluation de l'état de santé. (OIIAQ, 2011)

L'infirmière auxiliaire peut contribuer à la vaccination :

- Après l'évaluation de l'infirmière, l'infirmière auxiliaire peut préparer et injecter dans les minutes qui suivent des produits immunisants.
- Délai maximum de 2 heures permis entre l'évaluation et l'administration par l'infirmière auxiliaire.
- L'infirmière auxiliaire ne peut être seule lors de la vaccination. Une infirmière ou un médecin doit être dans le même édifice et être rapidement accessible en cas de manifestations cliniques inhabituelles.

(OIIAQ, 2011; PIQ, 2013)

L'infirmière auxiliaire a la même activité réservée que l'infirmière.

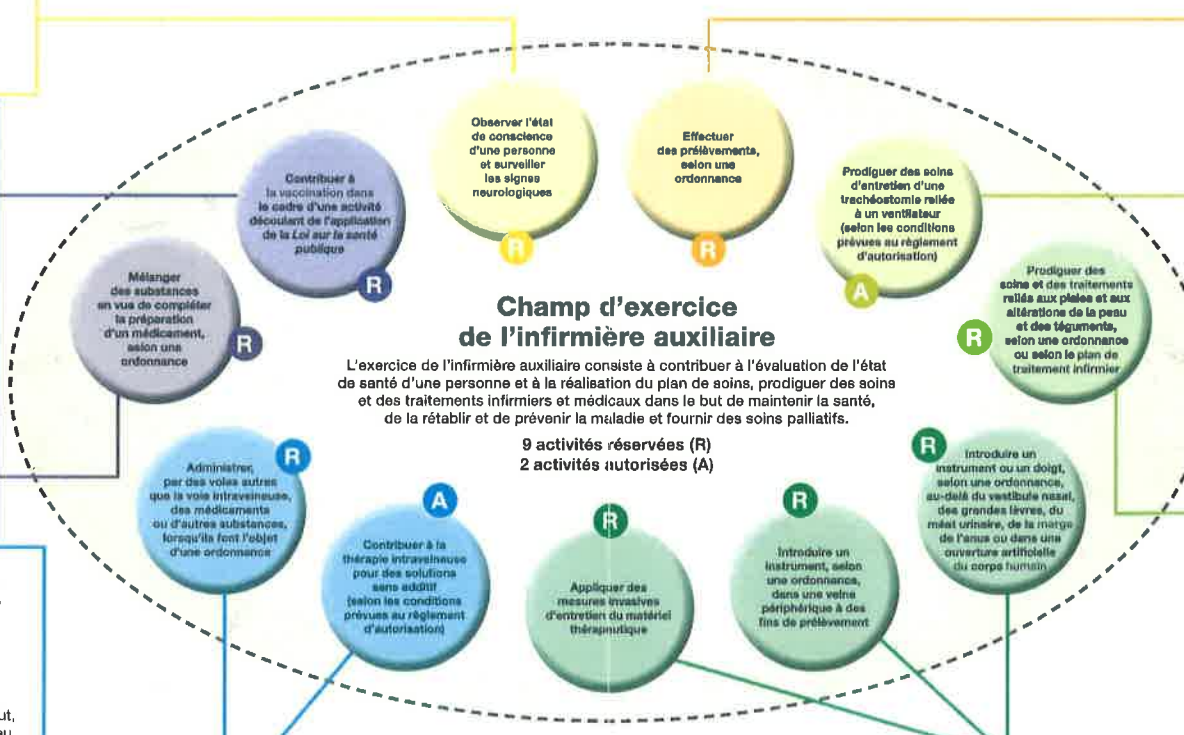
- Par contre, elle est limitée au mélange et à la préparation des substances qu'elle est légalement autorisée à administrer.

(OIIAQ, 2011)

L'infirmière auxiliaire peut :

- Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Elle ne peut pas ajuster les médicaments.
- Elle ne peut pas initier une ordonnance collective.

En vertu d'un règlement d'autorisation, elle peut, dans un centre exploité par un établissement au sens des lois sur la santé et les services sociaux (S-4.2 et S-5), sauf en pédiatrie et en néonatalogie, contribuer à la thérapie intraveineuse pour des solutions sans additif à partir d'un cathéter intraveineux périphérique court et ce, si le patient fait l'objet d'un plan thérapeutique infirmier. Pour plus d'information à cet égard, consulter la fiche d'information intitulée « Mise à jour sur la portée du Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire » (https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/L_ordre/qui_sommes_nous/gouvernance/FICHE-TIV-OIIQ-VF.pdf).



L'infirmière auxiliaire peut :

- Effectuer des prélèvements selon une ordonnance, notamment :
 - Ponction capillaire ;
 - Urine, selles.
- Pour effectuer le prélèvement, l'infirmière auxiliaire doit avoir une ordonnance individuelle ou procéder suite à une évaluation de l'infirmière qui aura individualisé une ordonnance collective. L'infirmière auxiliaire ne peut pas initier une ordonnance collective.

En vertu d'un règlement d'autorisation, l'infirmière auxiliaire peut, dans un des centres suivants exploités par un établissement au sens des lois sur les services de santé et les services sociaux (S-4.2 et S-5) : un CHSLD, un centre hospitalier, lorsque le patient est en réadaptation, en hébergement ou en soins de longue durée, un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique :

- Prodiguer des soins d'entretien d'une trachéostomie reliée à un ventilateur lorsque le patient fait l'objet d'un plan thérapeutique infirmier, que son état de santé n'est pas dans une phase critique ou aiguë et qu'une infirmière est disponible dans le bâtiment en vue d'une intervention rapide auprès du patient.

L'infirmière auxiliaire peut :

- Prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou un plan de traitement infirmier.

(OIIAQ, 2011)

L'infirmière auxiliaire peut :

- Introduire un instrument ou un doigt, selon une ordonnance, au-delà du vestibule nasal, des grandes lèvres, du méat urinaire, de la marge de l'anus ou dans une ouverture artificielle du corps humain, notamment :
 - Aux fins de procéder à un cathétérisme vésical ;
 - Aux fins de procéder à un curage rectal.
- Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique à des fins de prélèvements :
 - Prélèvements sanguins.
- Appliquer les mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique, notamment :
 - Entretien des cathéters, tubes, drains ou stomies.

* L'infirmière auxiliaire ne peut pas initier une ordonnance collective.

1. OIIAQ. Activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire – Champ d'exercice, activités réservées et autorisées, 30 septembre 2011 <http://www.oiiq.org/documents/file/cap-leg-fr-30-sept-2011.pdf>

Figure 9

Champs d'exercice de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire et liens entre leurs activités réservées ou autorisées

©Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Juillet 2014

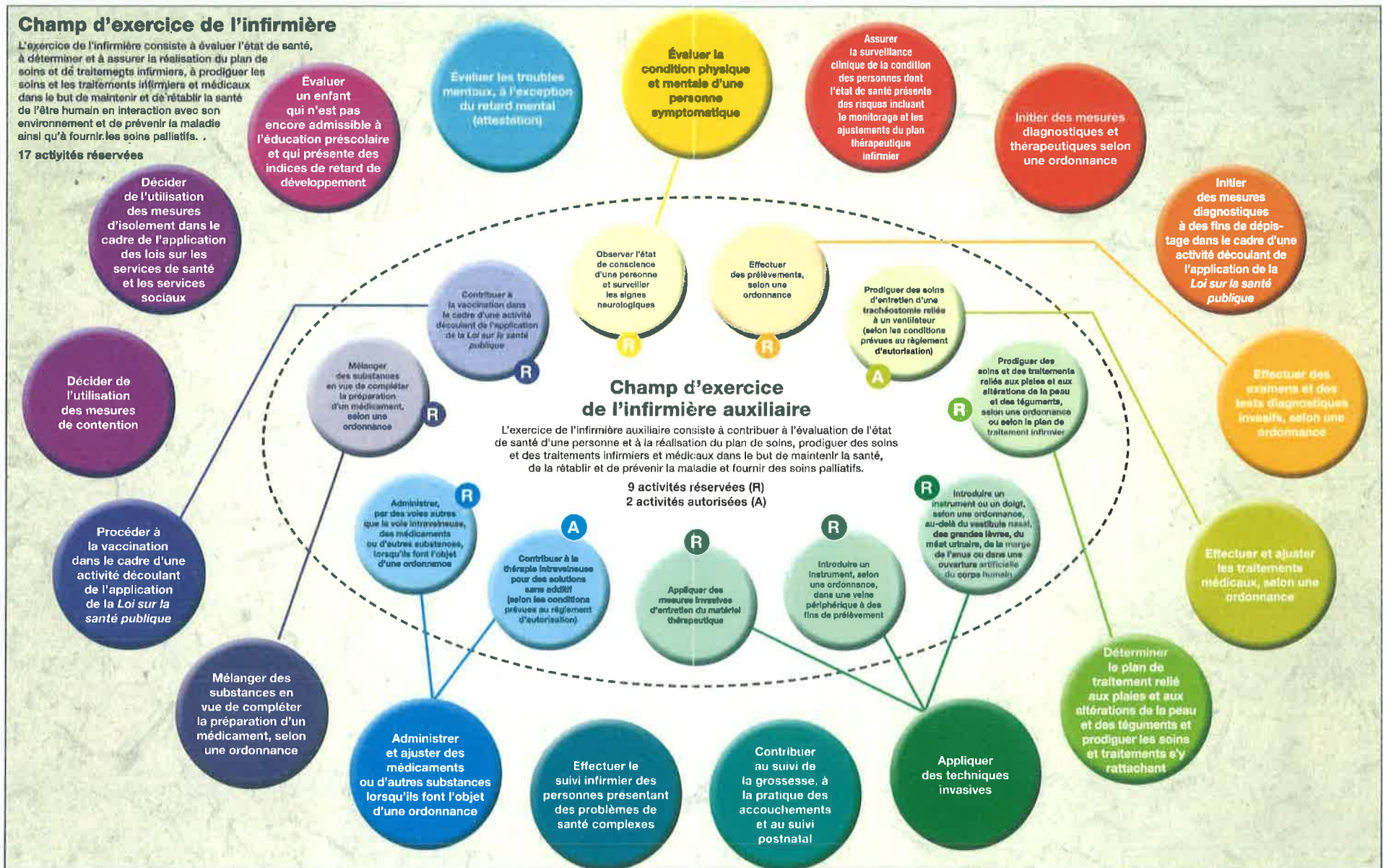


Figure 10

Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière Exemples en **SOINS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ** (Soins dans la communauté)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Juillet 2014

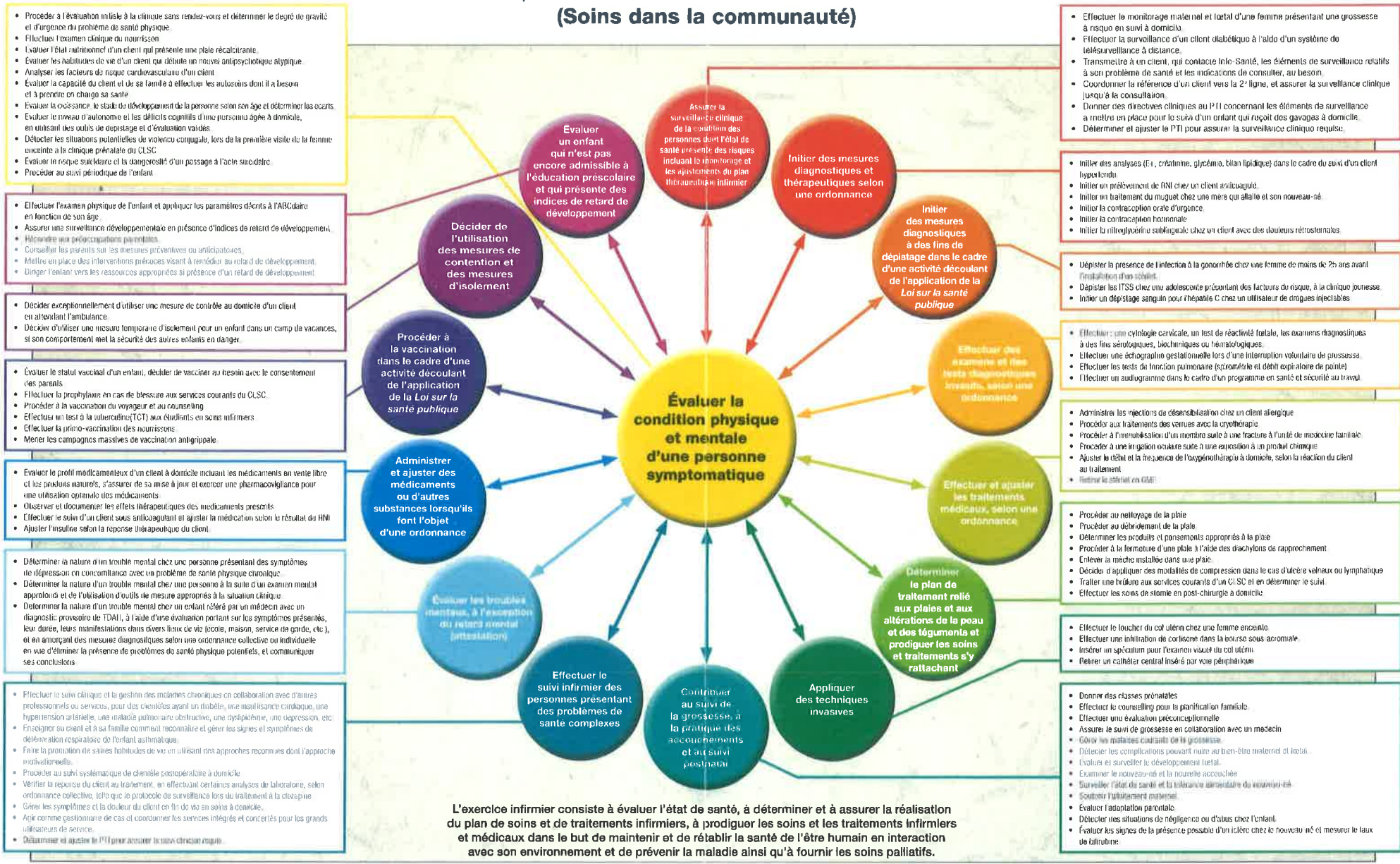
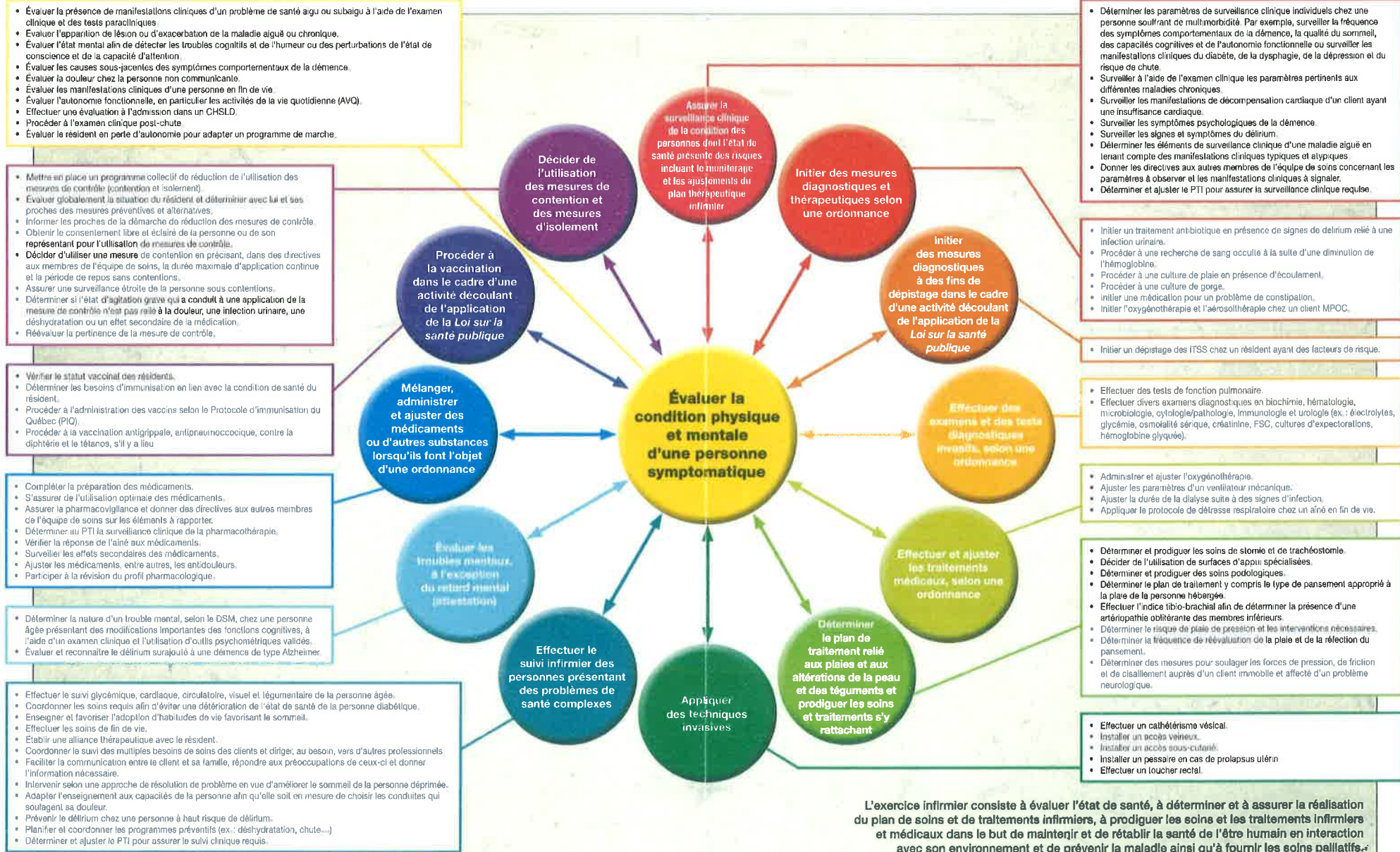


Figure 11

Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière Exemples en SOINS DE LONGUE DURÉE

©Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Juillet 2014



Annexe 4

Tableau 1. Portrait des nouveaux rôles infirmiers en 2013-2014, Québec et Ontario

Nombre d'infirmières pratiquant dans les milieux de pratique suivants¹ :

Milieu de pratique	Nombre d'infirmières québécoises	Proportion des infirmières québécoises	Proportion des infirmières ontariennes
Santé mentale - première ligne	1 547	2,2 %	S/O
Maintien et soins à domicile	3 110	4,5 %	0,4 %
Services courants	1 300	1,9 %	3,9 %
Petite enfance	1 104	1,6 %	5,6 %
Santé jeunesse/santé scolaire	835	1,2 %	0,4 %
Info-Santé	678	1,0 %	0,3 %
Oncologie	1 523	2,2 %	2,3 %
Prévention et contrôle des infections	439	0,6 %	0,5 %

¹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2013-2014 : Le Québec et ses régions*, 2014, 169 p; ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO. *Membership Statistics Highlights 2014*, 2015, 78 p.

Annexe 5

Figure 12. Pouvoir de prescription des IPS au Québec, au Nouveau-Brunswick et en Ontario¹

¹ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*, 2013, p. 25-28.

**POUVOIR DE PRESCRIRE DES IP
TABLEAU COMPARATIF DU QUÉBEC ET DE PROVINCES LIMITOPHES**

	QUÉBEC	NOUVEAU-BRUNSWICK	ONTARIO
Analyses de laboratoire	<p>Peuvent prescrire des examens de laboratoire dans les domaines suivants selon la population qu'elles servent et le cadre de leur pratique.</p> <p>Spécialité hospitalière: Liste des analyses déterminées par des règles de soins médicaux. La liste peut être différente d'un centre à l'autre.</p> <p>Soins de première ligne: <i>Maximum d'analyses permises par domaine:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie: une seule analyse • Biochimie /sang: 40 analyses • Biochimie /urine: 7 analyses • Cytologie: 3 analyses • Hématologie: 7 analyses • Microbiologie: 23 analyses • Dépistage anténatal: 7 analyses 	<p>Peuvent prescrire des examens de laboratoire dans les domaines suivants selon la population qu'elles servent et le cadre de leur pratique. Il n'y a pas de liste prédéterminée dans chaque domaine.</p> <p>Pathologie anatomique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biochimie • Coagulation • Cytopathologie • Hématologie • Immunologie • Microbiologie • Génétique moléculaire • Médecine nucléaire • Sérologie • Suivi thérapeutique pharmacologique • Médecine transfusionnelle • Virologie 	<p>Peuvent prescrire des analyses en fonction des besoins en soins de leurs clients et doivent se conformer aux principes énoncés dans la norme.</p>
	Constat: Limitation réglementaire.	Constat: Sans limitation réglementaire.	Constat: Sans limitation réglementaire.

	QUÉBEC	NOUVEAU-BRUNSWICK	ONTARIO
Examens d'imagerie médicale	<p>Spécialité hospitalière: Liste des examens radiologiques déterminés par des règles de soins médicaux. La liste peut être différente d'un centre à l'autre.</p> <p>Soins de première ligne: Nombre d'examens radiologiques et échographiques permis par catégories:</p> <p><i>Maximum d'examens radiologiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tête et cou: 2 examens • Thorax: 2 examens • Membres supérieurs: 8 examens • Membres inférieurs: 8 examens • Abdomen: un seul examen • Divers: 2 examens <p><i>Maximum d'examens échographiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sein (thorax): 2 types d'examen • Abdomen: 2 examens • Obstétrique: un seul examen • Organes génitaux: un seul examen • Échographie de surface: un seul examen 	<p>L'IP peut prescrire de tels examens dans les domaines suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiographies générales • Échographies • Densité osseuse • Mammographies <p>D'autres examens d'imagerie médicale pour suivre une maladie chronique ou surveiller une blessure peuvent être prescrits après avoir consulté le médecin consultant de l'IP. La prescription de tels examens doit indiquer le nom du médecin.</p>	<p>Les IP sont autorisées à prescrire les radiographies suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thorax • Côtes • Bras • Poignet • Jambe • Mammographie <p>Examen d'ultrasonoscopie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen • Bassin (y compris à des fins obstétriques) • Seins
		<p>Constat: Limitation réglementaire.</p>	<p>Constat: Limitation réglementaire par domaine, mais les IP peuvent prescrire d'autres examens radiologiques non prévus au règlement à certaines conditions.</p>

	QUÉBEC	NOUVEAU-BRUNSWICK	ONTARIO
Médicaments	<p>Spécialité hospitalière : La liste des médicaments est déterminée par des règles d'utilisation des médicaments en vigueur dans les centres hospitaliers.</p> <p>La liste peut être différente d'un centre à l'autre.</p> <p>Soins de première ligne : Liste de médicaments limitée à la liste de médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments. Cette liste contient moins de 200 médicaments et produits.</p> <p>Cette liste est codifiée, c'est-à-dire qu'une codification (prescrire, renouveler ou ajuster) et parfois des conditions particulières (durée) sont précisées pour chaque médicament ou produit.</p> <p>Les médicaments liés aux maladies chroniques ne peuvent être initiés. Ils sont codés soit R (renouveler), soit A (ajuster).</p>	<p>Les IP ont le pouvoir de prescrire des médicaments comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments mentionnés à l'annexe I¹ des annexes nationales de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) : 1 417 médicaments disponibles. • Les IP peuvent rédiger une ordonnance pour les médicaments en vente libre, s'il y a lieu (annexes II² et III³ de l'ANORP) : 275 médicaments et produits disponibles. <p>Il n'y a pas de codification (prescrire, renouveler ou ajuster) relativement à la liste disponible de l'ANORP.</p>	<p>Il n'y a plus de liste. Les IP peuvent prescrire les médicaments appropriés à la condition du client.</p>
	Constat : <i>Limitation réglementaire.</i>	Constat : <i>Sans limitation réglementaire.</i>	Constat : <i>Sans limitation réglementaire.</i>

1. Annexe I : médicaments nécessitant une prescription pour la vente et la dispensation au public par un pharmacien à la suite de l'intervention ou du diagnostic d'un praticien. La vente des médicaments est contrôlée par un environnement réglementé et définie par la législation pharmaceutique provinciale.
2. Annexe II : moins strictement réglementés, mais nécessitent l'intervention du pharmacien au point de vente et, parfois, l'orientation vers un praticien. Même si une ordonnance n'est pas nécessaire, les médicaments ne sont disponibles que par l'intermédiaire du pharmacien et ils doivent être conservés dans un espace de la pharmacie où il n'y a pas d'accès public et aucune possibilité d'autosélection pour le patient.
3. Annexe III : des produits peuvent présenter des risques pour certaines personnes. Bien que disponibles sans ordonnance, ces médicaments sont destinés à être vendus à partir de la zone de libre choix de la pharmacie qui est exploitée et supervisée par le pharmacien. Cet environnement accessible au client correspond clairement à la « zone de services professionnels » de la pharmacie. Le pharmacien est disponible pour aider le client à faire une sélection de produit ou de médicament.

	QUÉBEC	NOUVEAU-BRUNSWICK	ONTARIO
Amorce d'un traitement pour des maladies chroniques courantes	L'IPS ne peut pas amorcer un traitement pour les maladies chroniques.	L'IP peut amorcer un traitement pour les maladies chroniques.	L'IP peut amorcer un traitement pour les maladies chroniques.
Admission et congé du patient hospitalisé	Non prévus au règlement.	Sans objet. Aucune spécialité hospitalière.	Les IP sont autorisées à admettre et à donner leur congé aux clients hospitalisés.
Consultation de médecins spécialistes	<p>Spécialité hospitalière: Les IPS ne peuvent pas demander une consultation.</p> <p>Soins de première ligne: L'IPSPL ne peut pas d'emblée demander une consultation à un autre médecin, sauf si cette modalité a été discutée et consignée dans l'entente de partenariat (médecin partenaire et IPSPL) et si elle répond aux conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'une demande relative au suivi d'un problème de santé courant; • Il s'agit d'une bonne pratique reconnue. <p>La RAMQ ne prévoit pas de rémunération pour les médecins spécialistes lorsque la demande de consultation provient de l'IPS.</p>	Les IP peuvent orienter des clients vers des médecins spécialistes. En 2009, les dispositions législatives provinciales ont été modifiées de façon à permettre aux spécialistes d'être payés lorsqu'ils voient en consultation des clients qui leur ont été adressés par des IP sans la cosignature de leur médecin consultant.	<p>L'IP consulte d'autres professionnels de la santé lorsqu'elle doit répondre à des besoins qui s'éloignent de son champ d'exercice, qui vont au-delà de ses compétences individuelles ou lorsque ces soins pourraient profiter de l'expertise ou des conseils d'autres professionnels de la santé.</p> <p>Si la consultation donne lieu au besoin de transférer le client, la décision est alors prise conjointement par l'IP, le nouveau prestataire de soins et le client, le cas échéant. Dans cette situation, le transfert de responsabilité est direct, et l'IP discute du motif du transfert avec le client.</p>

Annexe 6

Figure 13. Résultats des enquêtes de 2009 et de 2012, pour les répondants du Québec¹

¹ Commissaire à la santé et au bien-être, Perceptions des expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2013.

Annexe

Résultats des enquêtes de 2009 et de 2012, pour les répondants du Québec

Technologies de l'information	2009	2012
Utilisation de dossiers médicaux électroniques	20 %	35 %
Utilisation de requêtes électroniques d'examens de laboratoire	16 %	20 %
Utilisation d'alertes électroniques concernant un problème de médicaments.	27 %	31 %
Utilisation de la prescription électronique de médicaments	24 %	41 %
Possibilité de générer facilement une liste de patients par diagnostic	18 %	16 %
Possibilité de générer facilement une liste de patients par résultats de laboratoire	8 %	8 %
Possibilité de générer facilement une liste de patients pour qui des examens ou des soins préventifs doivent être faits	10 %	8 %
Possibilité de générer facilement une liste de tous les médicaments pris par un patient	22 %	31 %
Envoi systématique de rappels aux patients à qui des soins préventifs ou de suivi doivent être dispensés	28 %	23 %
Suivi systématique des examens de laboratoire commandés jusqu'à l'obtention des résultats	41 %	39 %
Réception systématique d'alertes indiquant de divulguer les résultats d'examens aux patients	42 %	38 %
Réception systématique de rappels pour les interventions ou les examens de dépistage.	21 %	18 %



Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 

64

Résultats des enquêtes de 2009 et de 2012, pour les répondants du Québec

Perception du système de santé et de la qualité des soins	2009	2012
Le système de santé fonctionne assez bien	25 %	27 %
Très satisfait ou satisfait de la pratique de la médecine	73 %	79 %
La qualité des soins médicaux s'est améliorée durant les trois dernières années	12 %	16 %
Accès aux soins	2009	2012
Les patients ont souvent de la difficulté à payer leurs médicaments ou autres frais de santé	12 %	16 %
Les patients ont souvent de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés	66 %	61 %
Les patients ont souvent une longue attente avant de voir un spécialiste	84 %	85 %
Les patients ont souvent une longue attente avant d'être traités à la suite d'un diagnostic	25 %	23 %
Presque tous les patients peuvent obtenir un rendez-vous le jour même ou le suivant	7 %	7 %
Le cabinet a mis en place des mesures d'accès pour les patients lorsque la clinique est fermée	27 %	29 %
Relation avec les spécialistes	2009	2012
Le spécialiste envoie toujours ou souvent un rapport contenant toutes les informations cliniques de santé pertinentes	75 %	70 %
Le spécialiste envoie toujours ou souvent l'information en temps opportun	60 %	39 %
Les informations cliniques à la suite de la sortie de l'hôpital sont reçues dans un délai de 4 jours ou moins	18 %	20 %



Veillez noter que la bibliographie est disponible sur demande en vous adressant à :

Francine Parent

Secrétaire, secteurs et services

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ

à l'adresse suivante : fparent@fiqsante.qc.ca

La Clinique Archimède

L'infirmière, un levier d'excellence

CSSS - 059MA
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Accessibilité

Gestion de temps efficiente

Sans rendez-vous planifié

Utilisation optimale des ressources

Autosoins

Projet préparé par :

Clinique médicale St-Vallier

Christine Laliberté, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)

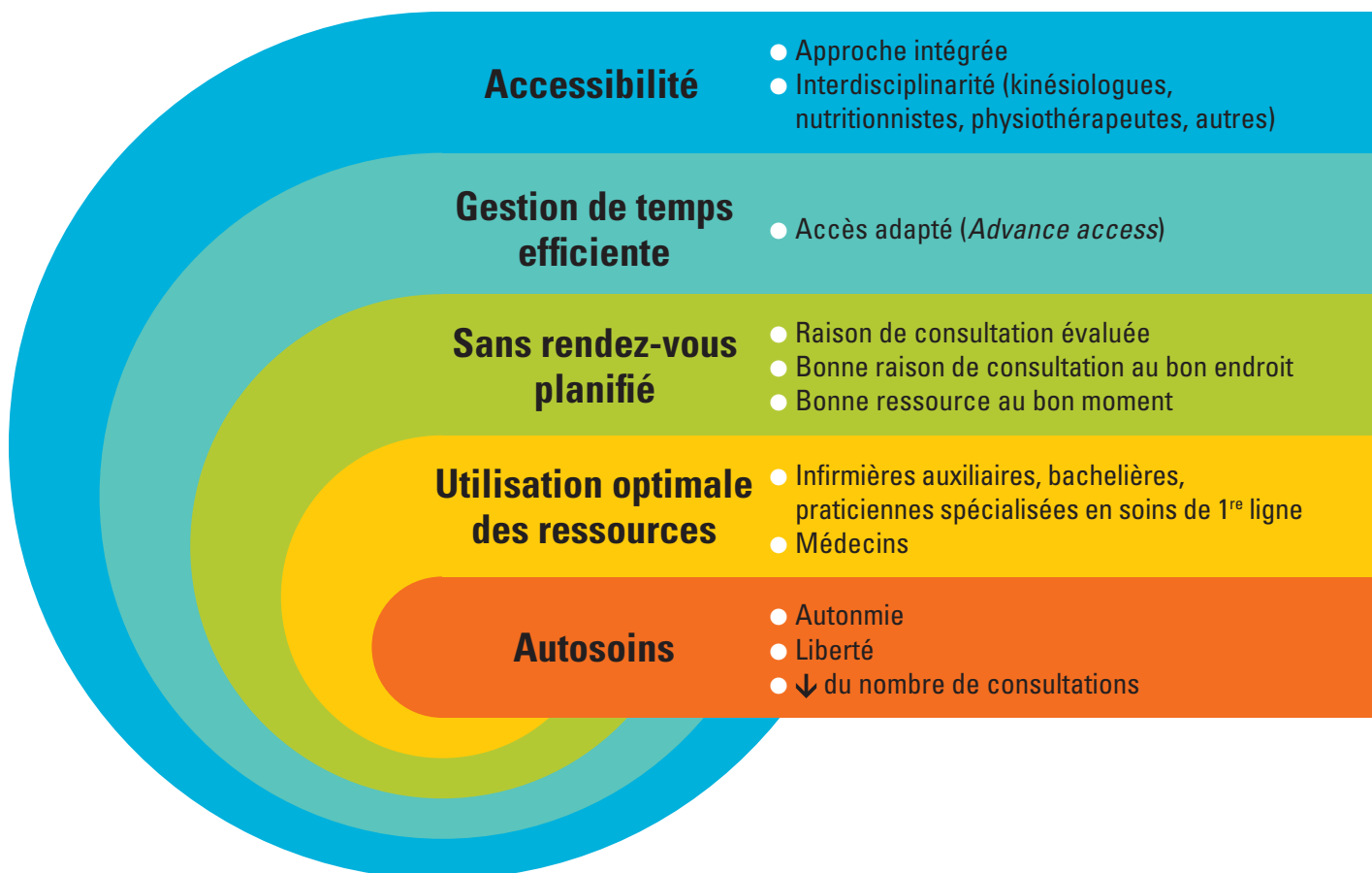
Dr Ghislain Dubé, médecin omnipraticien

Dr André Fréchette, médecin omnipraticien

Christian Boucher, administrateur

La Clinique Archimède

L'infirmière, un levier d'excellence



↓ **du nombre de consultations sans RDV/urgence**

↓ **des hospitalisations**

↓ **des coûts pour le système de la santé !**

Projet préparé par :

Clinique médicale St-Vallier

Christine Laliberté, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)

Dr Ghislain Dubé, médecin omnipraticien

Dr André Fréchette, médecin omnipraticien

Christian Boucher, administrateur

Table des matières

Introduction	5
Environnement actuel	6
Le projet - Principe	6
Parcours du client - « Sans rendez-vous »	7
Parcours du client - « Avec rendez-vous »	9
Autres éléments	11
Conclusion	12

Introduction

L'administration des soins de santé au Québec nécessite un changement de culture. Les opérations de cliniques médicales, incluant les Groupes de médecine de famille (GMF), sont articulées autour du médecin plutôt qu'autour du patient. Cela a notamment comme conséquence de limiter le niveau de contribution des infirmières même si, de l'avis de tous, elles sont la clef d'une prestation de services médicaux de haute qualité.

La première ligne des soins de santé est un enjeu majeur. Augmenter l'accessibilité aux soins, tout en diminuant les coûts, est un objectif ambitieux, voire impossible selon plusieurs.

Nous croyons que l'efficacité d'une organisation de santé de première ligne passe par un partage différent et intelligent des rôles cliniques.

Le Dr Gaétan Barrette, ministre de la Santé, en parlait en novembre 2014 au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en disant que « (...) pour garder notre système de santé publique de façon permanente, il faut s'assurer d'être efficient¹ ».

Madame Lucie Tremblay, présidente de l'OIIQ, pense que « [...] les infirmières peuvent contribuer à augmenter l'accessibilité aux soins en mobilisant les bonnes ressources aux bons moments² ».

D'ailleurs, l'OIIQ a établi cinq priorités pour aller dans ce sens :

1. Le droit de prescrire pour les infirmières;
2. L'utilisation optimale des ordonnances collectives;
3. La gestion interdisciplinaire des maladies chroniques;
4. La participation active par un nombre suffisant d'IPSPL;
5. La prestation sécuritaire des soins, la bonne personne au bon moment.

La Clinique médicale St-Vallier, en Basse-Ville de Québec, est en crise. Ses médecins vieillissent, en même temps que ses patients, souvent vulnérables, dont les besoins grandissent. Le recrutement de nouveaux médecins est difficile pour de nombreuses raisons.

Le changement de culture est nécessaire pour la survie de la Clinique.

L'environnement de la Clinique est un terrain parfait pour tester de nouvelles pratiques.

Les médecins de la Clinique, ses infirmières et ses gestionnaires sont tous ouverts et excités à l'idée d'être des agents de changement pour les soins de santé au Québec.

Puisque l'infirmière représente le levier du projet, on parle dorénavant de la **Clinique Archimède**.

1. [<http://www.infoiiq.org/audio-video/actualites/video-le-ministre-gaetan-barrette-sadresse-aux-infirmieres-et-infirmiers/2014>]

2. [<https://www.oiiq.org/publications/mediatheque/congres-2014-le-ministre-gaetan-barrette-repond-aux-questions-des-medias>]

Environnement actuel

Défis et forces de la Clinique médicale St-Vallier

Notre projet vise à transformer complètement la façon dont les soins sont offerts à la Clinique médicale St-Vallier, qui est un Groupe de médecine de famille avec six médecins associés, dont trois font exclusivement des soins à domicile.

Le secteur de la Basse-Ville de Québec est en manque d'effectifs médicaux. Les besoins de la population sont complexes, mais le quartier est souvent boudé par les médecins qui préfèrent souvent s'établir ailleurs dans la Capitale.

Comme la plupart des cliniques médicales, les consultations passent actuellement toutes par un médecin. C'est ce que nous voulons changer.

La Clinique médicale St-Vallier est composée de médecins, dont la moyenne d'âge est de plus de 60 ans. Cependant, leur initiative et leur créativité sont reconnues dans la région. Leur ouverture, défiant parfois les conventions, en fait l'équipe idéale pour ce projet.

Le projet - Principe

Principe directeur de la Clinique Archimède

Actuellement, l'accessibilité aux soins de santé est synonyme d'accessibilité aux médecins de famille. Or, il est possible de transformer cette idée d'accessibilité sans que le médecin de famille soit le premier consulté pour toutes les visites.

La Clinique Archimède adhère au principe que le patient rencontrera toujours le professionnel de la santé dont les compétences sont utilisées de façon optimale pour répondre à ses besoins. Ainsi, l'accès aux professionnels sera priorisé selon l'ordre suivant :

- L'infirmière clinicienne (bachelière);
- Sinon, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne;
- Sinon, le médecin.

Ce sont les compétences respectives de chacun qui orienteront la prise en charge.

Le professionnel doit toujours être en pleine connaissance de l'étendue de son champ de pratique afin de référer au professionnel suivant lorsque sa limite est atteinte.

Avantages

Les avantages de cette structure sont nombreux :

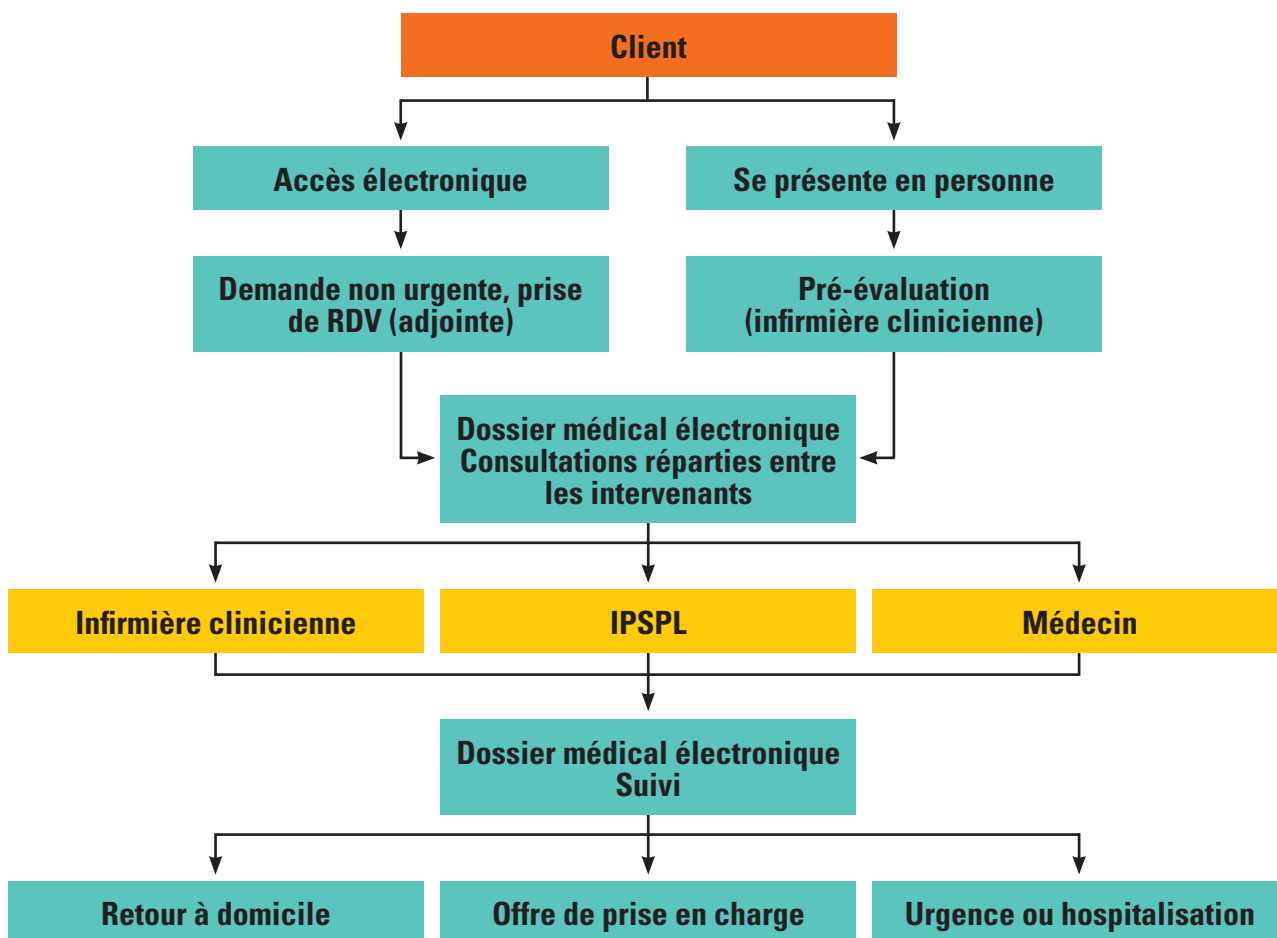
- Optimisation de la gestion de temps des ressources disponibles;
- Optimisation du nombre d'actes de chaque professionnel;

- Optimisation du travail de collaboration intra et interdisciplinaire;
- Répartition efficace des raisons de consultation avec diminution des consultations non justifiées au sans rendez-vous et à l'urgence;
- Diminution globale des coûts pour le système de la santé.

Parcours du client – « Sans rendez-vous »

La porte d'entrée des clients sans médecin de famille se fait par la clinique sans rendez-vous (en personne) ou encore par le système téléphonique automatisé ou encore par le site Web. Ces deux derniers cas (téléphone et Web) permettraient d'éviter une attente prolongée et souvent inutile à la clinique sans rendez-vous.

Voici le schéma du parcours du client à la clinique sans rendez-vous :



Les clients peuvent utiliser la clinique sans rendez-vous, qu'ils aient ou non un médecin de famille. La structure de la clinique sans rendez-vous fait en sorte qu'un client n'aura pas à consulter deux fois pour la même raison, réduisant d'autant son absence du travail ou de l'école et les coûts associés pour la société.

Service téléphonique / Service Web de la clinique sans rendez-vous

Ces services permettent de bien diriger les raisons de consultation qui ne nécessitent pas une réponse immédiate par l'intermédiaire d'un « sans rendez-vous » et ainsi limiter les ressources utilisées. La nature des demandes qui seront présentes sur ce service sera évaluée trimestriellement. Au départ, les raisons de consultation suivantes seront incluses :

- Demande de renouvellement de médicaments;
- Demande de suivi d'une maladie chronique connue;
- Demande d'un bilan de santé.

Les autres demandes sont transférées à une infirmière clinicienne qui fera une première évaluation afin d'identifier quelle ressource professionnelle sera utilisée. Un rendez-vous sera alors fixé avec la bonne ressource. Les principes de l'Accès adapté (*Advance access*) seront utilisés pour gérer la disponibilité des plages de rendez-vous, non seulement avec les médecins, mais aussi avec les infirmières.

Accueil en personne à la clinique sans rendez-vous

L'accueil à la clinique sans rendez-vous sera fait par une infirmière clinicienne. Une évaluation sera faite afin d'identifier la bonne ressource à utiliser, et ce, de la façon suivante :

1. Infirmière clinicienne
 - a. si une ordonnance collective lui permet de répondre au besoin
 - b. si son champ de pratique le lui permet en lien avec la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (LII)
2. Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)
 - a. si l'infirmière clinicienne ne peut pas s'occuper du client et si la situation ne nécessite pas l'intervention médicale obligatoire au sens de la Loi
3. Médecin
 - a. si ni l'infirmière clinicienne ni l'IPSPL ne peuvent voir le client
 - b. si la situation nécessite une intervention médicale obligatoire au sens de la Loi

Dans le sens contraire, l'IPSPL répond aux demandes d'intervention des infirmières cliniciennes et le médecin répond aux demandes d'intervention de toutes les infirmières.

La clinique sans rendez-vous aura toujours sur place les professionnels suivants, qui rencontreront tous des clients simultanément :

- Une infirmière auxiliaire;
- Deux infirmières cliniciennes;
- Une IPSPL;
- Un médecin.

Suite au passage à la clinique sans rendez-vous

Suite au passage à la clinique sans rendez-vous, le déploiement des services médicaux se fera de la façon suivante :

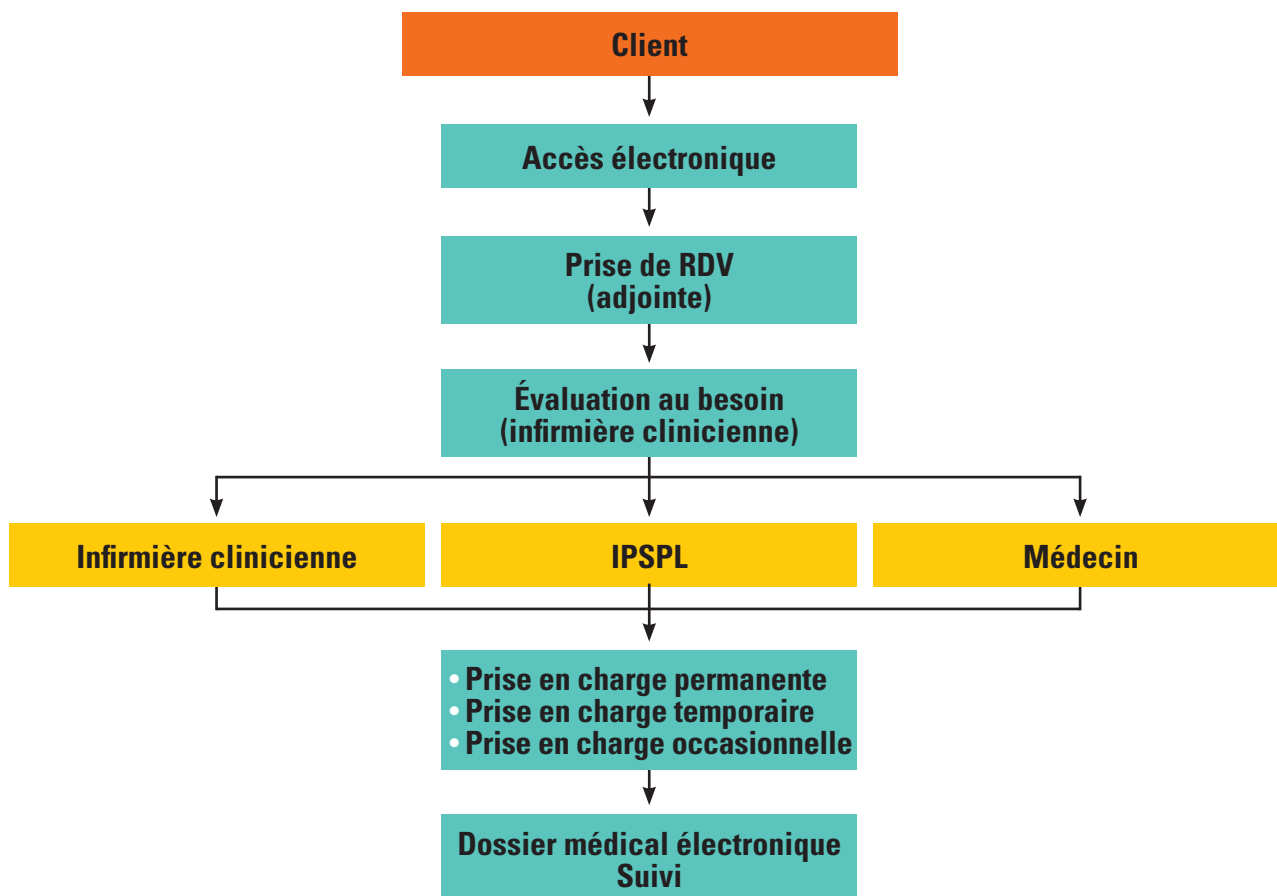
1. Référence à l'urgence ou hospitalisation;
2. Retour au domicile sans suivi ou avec un seul suivi;
3. Offre de prise en charge par la Clinique Archimède (voir la section « Prise en charge », p. 10)

Parcours du client – « Avec rendez-vous »

Tous les clients seront pris en charge par l'équipe d'infirmières et de médecins. Chaque client aura un médecin désigné ou une IPSPL désignée. Chacun des médecins et des IPSPL travailleront en collaboration avec les infirmières cliniciennes. Chaque client sera également associé à l'une des infirmières cliniciennes de la Clinique. En cas de départ d'un professionnel médical, le service sera assuré par l'équipe interdisciplinaire jusqu'au remplacement du professionnel médical.

Le client n'aura pas à voir un médecin en priorité. Les clients qui ont reçu un rendez-vous pour un examen annuel, pour un bilan de santé ou pour un suivi de maladies chroniques par l'intermédiaire de l'accès électronique ou d'une infirmière clinicienne seront orientés vers l'équipe des infirmières cliniciennes ou les IPSPL. Les personnes qui souhaitent une demande de renouvellement de leur ordonnance seront orientées vers les IPSPL.

Voici le schéma du parcours du client avec rendez-vous :



Prise en charge

Trois types de prise en charge seraient offerts par la Clinique :

1. Prise en charge permanente

Des rendez-vous sont toujours prévus dans l'année afin d'assurer un suivi soutenu. Il s'agit habituellement de personnes atteintes par une ou plusieurs maladies chroniques.

Exemple : suivi de diabète.

2. Prise en charge temporaire

Les rendez-vous concernent le suivi de soins aigus ou limités dans le temps.

Exemples : suivi de dépression, suivi de grossesse, suivi de la santé des enfants.

3. Prise en charge occasionnelle - Accès adapté

Les rendez-vous sont assignés sur demande. Des plages d'Accès adapté sont disponibles pour tous les professionnels de la Clinique. La clinique sans rendez-vous demeure disponible si toutes les plages de rendez-vous sont utilisées.

Maladies chroniques prioritaires

Les maladies chroniques prioritaires visées par la prise en charge sont :

1. Diabète;
2. Hypertension;
3. Dyslipidémie;
4. MCAS;
5. Santé mentale (dépression, TDAH, troubles cognitifs, etc.);
6. Douleur chronique;
7. Asthme;
8. MPOC;
9. Obésité.

Ressources complémentaires

Selon les besoins, la Clinique pourrait intégrer des professionnels complémentaires pour assurer certains suivis et contribuer au développement des compétences d'autogestion de soins des clients, augmentant d'autant l'accessibilité et réduisant d'autant les coûts. Par exemple :

- Nutritionniste;
- Kinésologue;
- Intervenant social;
- Psychologue;
- Physiothérapeute;
- Pharmacien.

Heures d'ouverture proposées

Nous proposons les heures d'ouverture suivantes lorsque la Clinique Archimède sera bien établie et que nous aurons un nombre suffisant d'intervenants disponibles.

	Semaine	Fin de semaine
Clinique sans rendez-vous	8 h 00-21 h 00	8 h 00-12 h 00
Clinique avec rendez-vous	8 h 00-20 h 00	Fermé

Autres éléments

Résultats attendus

En répartissant les suivis sur l'année et en les répartissant parmi chaque professionnel de l'équipe, nous croyons que l'accessibilité sera augmentée de façon importante.

En attribuant des suivis directement aux infirmières, le temps « médecin » utilisé par client sera inférieur, diminuant d'autant les coûts.

Nous visons moins de 15 jours pour le premier rendez-vous et moins de 30 jours pour mettre en place une prise en charge permanente, lorsque nécessaire.

L'IPSPSPL aura la responsabilité d'utiliser les compétences de ses collègues infirmières, notamment pour renforcer les notions transmises aux patients pour augmenter les compétences d'autogestion de soins de ces derniers. Elle devra aussi supporter ses collègues infirmières dans leurs compétences cliniques en mettant à profit ses compétences de consultation, de supervision et de leadership.

Facteurs de succès

Les facteurs de succès de la Clinique Archimède sont les suivants :

1. Ouverture d'esprit des médecins
 - a. changement de leur pratique à plusieurs égards (Accès adapté, nombre de clients suivis, interactions fréquentes avec les infirmières, etc.)
 - b. risque de changement de rémunération : théoriquement, leur rémunération restera similaire, mais leurs interventions seront limitées aux situations ne pouvant pas être traitées par les infirmières
 - c. rôle beaucoup plus grand de soutien aux infirmières
2. Ouverture d'esprit des infirmières
 - a. devront avoir une capacité d'adaptation importante, puisque leurs pratiques évolueront rapidement dans cet environnement, elles devront rester à l'affût des limites de leur champ de compétences

3. Collaboration du CISSS

- a. collaboration nécessaire pour évaluer les besoins de formation des infirmières
- b. collaboration nécessaire pour revoir et optimiser les parcours de services existants avec la Clinique et les services communautaires

Aspects transitoires

Les clients déjà inscrits au Groupe de médecine de famille et auprès de leur médecin le demeureront.

Conclusion

Le principe de la Clinique Archimède existe déjà dans le reste du Canada et ailleurs dans le monde. Sa difficulté d'implantation au Québec réside dans la résistance au partage des tâches. Ouvrons les frontières et maximisons notre offre de service.

Nous souhaitons offrir à la population les services de santé les plus sains qui soient. Des soins qui se mesurent à la hauteur de ceux que nous souhaiterions recevoir. En répartissant les tâches en fonction des compétences de nos intervenants, chacun s'exprimera à travers la satisfaction des services qu'il offrira. Outre les bénéfices certains sur le plan de la gestion du temps, de la répartition des tâches, de l'accessibilité et de la réduction des coûts, le niveau de satisfaction au travail sera élevé et le client en sera le premier bénéficiaire.

Une première ligne efficace, efficiente, forte et un accès facilité à un intervenant lors d'un besoin imminent, voilà l'offre de service que nous souhaitons offrir!

La Clinique Archimède

L'infirmière, un levier d'excellence