



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

**présenté à
la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du
Québec**

Commentaires sur le projet de loi suivant :

Projet de loi 43, *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de
favoriser l'accès aux services de santé*

Novembre 2019

TABLE DES MATIÈRES

Tables des sigles	2
Avant-propos.....	3
Sommaire exécutif.....	5
Résumé des recommandations	9
Partie 1 : En bref, les infirmières praticiennes spécialisées au Québec :.....	10
1.1 Les compétences des IPS en poste au Québec	10
1.2 Rôle de l’infirmière praticienne spécialisée	12
1.3 Classes de spécialités.....	13
1.4 Milieux de pratique par classe de spécialité	14
1.5 Types de clientèles suivies par les IPS	14
1.6 La pratique infirmière avancée des IPS	15
1.7 Collaboration et autonomie de l’IPS	15
Partie 2 : Le PL43, une avancée notable pour la pratique des IPS	17
2.1 Définition de « maladie courante ».....	18
2.2 Suivi de grossesses normales ou à faible risque.....	24
Partie 3 : La santé mentale et la santé physique, un tout à ne pas dissocier	25
3.1 Effets de la scission de la santé mentale et physique	26
3.2 Les contraintes introduites quant à la pratique en santé mentale et les conséquences....	27
3.3 L’importance de l’IPSPL, y compris en santé mentale.....	30
3.4 Rôle de l’IPSSM et restrictions dans l’évaluation des problèmes de santé physique	30
3.5 Les impacts des lois et règlements actuels sur l’accès aux soins et services pour les troubles mentaux	31
Partie 4 : Admission et congé hospitalier.....	33
Partie 5 : Commentaires par section du projet de loi 43	37
Conclusion	49
Références.....	50
Annexe A	55
Annexe B.....	57
Annexe D	59
Annexe E.....	60
Annexe F	64

TABLES DES SIGLES

AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
CCORPI	Conseil Canadien des Organismes de réglementation de la Profession Infirmière
CMQ	Collège des médecins du Québec
GARE	Grossesse à risque élevé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSN	Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSA	Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
IPSSP	Infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques
LII	Loi sur les infirmières et les infirmiers
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIM	Niveau d'intervention médicale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario / Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SRDV	Sans rendez-vous
TNCM	Troubles neurocognitifs majeurs

AVANT-PROPOS

L'AIPSQ a été fondée en 2005 afin d'assurer le développement, la mise en valeur, la pérennité ainsi que l'uniformité du rôle des IPS du Québec. Organisme à but non lucratif, elle n'a aucune visée syndicale et tous les membres du conseil d'administration agissent à titre bénévole. L'Association représente 500 IPS membres, peu importe leur classe de spécialité. Elle vise à bien connaître, comprendre et identifier les divers enjeux liés à la pratique en termes d'efficacité et d'accessibilité aux services de santé pour les patients par l'occupation complète de leur champ de pratique. Elle s'assure aussi de créer un réseau d'échange professionnel et de partage d'informations. Depuis un an, l'AIPSQ est une référence en pratique infirmière avancée, notamment quant au rôle des IPS, dans le milieu francophone européen ainsi qu'au Brésil.

Notre association est heureuse d'être mise à contribution dans le cadre des travaux sur le projet de loi 43, *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*. Elle salue, par le fait même, la volonté du gouvernement exprimée dans le projet de loi, soit : mobiliser la « bonne ressource au moment opportun » au service de la population. À l'instar de l'AIPSQ, le gouvernement actuel reconnaît qu'il est grand temps que les professionnels et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux agissent à pleine étendue de leur champ de pratique, dans une perspective d'interdisciplinarité. À cet effet, l'AIPSQ est convaincue que les IPS contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins et aux services et à des soins économiques et sécuritaires de grande qualité.

La Coalition Avenir Québec a été élue en octobre 2018 avec la volonté explicite d'améliorer l'accès aux soins de santé de la première ligne et de décroiser la pratique médicale pour permettre aux professionnels de la santé d'utiliser toutes leurs compétences pour répondre aux besoins de santé de la population québécoise. Tous les partis politiques représentés à l'Assemblée nationale ont aussi pris des engagements en ce sens.

À l'heure où le Québec investit des sommes considérables pour former et embaucher des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), la recherche indique qu'au-delà du nombre, ce sont l'étendue et les modèles de pratique qui déterminent la véritable contribution des IPS à la santé de la population et à l'efficacité des systèmes (Contandriopoulos et al. 2017; Donald et al., 2010, 2014). Il existe des données fiables démontrant qu'une législation et une réglementation moins restrictives permettent d'optimiser les impacts des IPS (Contandriopoulos et al., 2016; 2017). C'est le cas de l'ensemble des provinces et territoires canadiens où l'étendue de la pratique est plus large qu'au Québec. Les IPS peuvent pratiquer de façon plus autonome, elles peuvent diagnostiquer dans tous les milieux où elles exercent et peuvent donner le congé aux patients hospitalisés. C'est au Québec que la formation des IPS est la plus longue et c'est également au Québec que l'étendue de la pratique est la plus restrictive. Des recherches québécoises commencent à documenter des résultats-patients et la contribution à l'efficacité du système de santé (Kilpatrick et al. 2018; Guillaumie et al. 2019; Ferlatte, 2018). Clairement, il ressort que les IPS offrent des soins sécuritaires et de qualité à la population et que cette

dernière est très satisfaite de la qualité des soins dont elle bénéficie. Par ailleurs, la recherche montre également des barrières à l'efficacité du système de santé, dont les délais d'attente et les visites multiples, éléments qui sont reconnus dans la révision de politiques et nouvelles législations fédérales.

Le présent mémoire regroupe l'analyse critique et les recommandations de l'AIPSQ à l'intention des membres de la Commission de la santé et des services sociaux lors des travaux concernant le projet de loi 43.

Les modifications proposées au sein de ce mémoire visent l'atteinte des objectifs du gouvernement. Le présent mémoire est divisé en quatre sections. La première partie est consacrée à la description de la formation nécessaire pour obtenir la certification IPS et au rôle des IPS du Québec. La seconde section fait état des commentaires de l'Association concernant la définition de « maladie courante » décrite au sein du projet de loi et des répercussions sur l'accessibilité aux soins et services de santé. La troisième section traitera des répercussions de la scission de la santé mentale et physique implicite au projet de loi. La quatrième section aborde l'admission du patient et son congé hospitalier et enfin, la dernière section décrit spécifiquement les propositions de l'AIPSQ pour chaque élément nécessitant une modification dans le projet de loi 43.

Les données présentes dans ce mémoire sont basées sur des résultats probants et sont le fruit d'une longue réflexion de l'ensemble de nos membres, dont plusieurs IPS expertes et leurs médecins partenaires, de chercheurs du Québec et du Canada anglais, de responsables universitaires et autres acteurs clés du réseau de la santé au Québec. Elles sont également tributaires de l'expérience des IPS dans la mise en application des Règlements et lignes directrices actuels et antérieurs.

L'AIPSQ tient à remercier toutes les personnes qui se sont impliquées pour faire de ce mémoire le reflet de la réalité québécoise.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Présentes dans le paysage québécois de la santé depuis une quinzaine d'années, on compte actuellement 552 IPS (OIIQ et CMQ, 2019f), toutes spécialités confondues. Elles œuvrent au sein d'équipes interprofessionnelles en collaboration avec des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé, en première, en deuxième et en troisième ligne. Elles ne souhaitent pas travailler en silo dans la prise en charge de la clientèle. L'objectif est de mettre en commun les expertises propres à chaque professionnel afin de garantir les meilleurs soins et services aux patients et à leur famille. L'autonomie recherchée vise à permettre aux IPS de pratiquer au sein des équipes en étant libres dans leur champ d'action, dans leur rôle, dans la prise en charge de leur clientèle liée à leur spécialité, et ce, sans restriction.

Les IPS québécoises cumulent au moins cinq années de formation universitaire et minimalement deux ans d'expérience clinique. Elles détiennent préalablement un baccalauréat et au minimum 3360 heures d'expérience clinique, dont la moitié auprès de la clientèle visée par la spécialité choisie. Elles complètent par la suite une maîtrise (M. Sc.) et un diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) simultanément, ce qui représente 75 crédits, soit une formation théorique d'un an et demi suivie d'un stage de 950 heures supervisé.

Il est démontré qu'une législation et une réglementation moins restrictives permettent d'optimiser l'impact du travail des IPS dans le réseau de la santé. Partout au Canada, l'étendue de la pratique est plus large qu'au Québec, les IPS peuvent pratiquer de façon plus autonome, elles peuvent diagnostiquer dans tous les milieux où elles exercent et elles peuvent donner le congé hospitalier aux patients notamment. C'est au Québec que la formation des IPS est la plus longue et la plus complète, mais où l'étendue de la pratique est la plus restrictive. C'est pourtant l'étendue et les modèles de pratique qui déterminent la véritable contribution des IPS à la santé de la population et à l'efficacité des systèmes de santé. Qui plus est, différentes études menées à travers le Canada et ailleurs dans le monde démontrent qu'on retire une meilleure efficacité du système de santé, davantage de bénéfices, dont un meilleur accès, et plus de satisfaction chez les patients lorsque les IPS peuvent poser des diagnostics dans un cadre législatif souple.

Le cadre législatif et réglementaire actuellement en vigueur au Québec a grandement limité le déploiement optimal du travail des IPS, ayant pour conséquence de multiplier les demandes d'interventions auprès des médecins partenaires, de diminuer l'efficacité du travail d'équipe, de limiter l'accessibilité aux soins pour la population, d'augmenter les coûts pour les contribuables et de diminuer l'attraction et la rétention de la profession. Le projet de loi 43, *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, est une belle initiative qui vise à corriger cette situation.

RECOMMANDATIONS DE L'AIPSQ - PROJET DE LOI 43

L'AIPSQ tient à souligner, dans un premier temps, les avancées introduites par ce projet de loi : la reconnaissance du rôle de l'IPS et l'intérêt à rendre la profession autonome, en soustrayant l'encadrement des activités médicales des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de la Loi médicale et en transférant cette responsabilité à l'OIIQ, le retrait de la surveillance par les médecins partenaires au profit de la collaboration axée sur les besoins des patients et les modifications de différentes lois telles que celles concernant la SAAQ et la CNESST. L'AIPSQ croit néanmoins que certaines modifications doivent être apportées afin que le projet de loi atteigne pleinement ses objectifs.

1. L'AIPSQ recommande qu'il n'y ait aucune définition de maladie courante dans le projet de loi 43 pour harmoniser la législation concernant le champ de pratique des IPS avec celle des IPS des autres provinces canadiennes.

La légalisation tant attendue du droit de diagnostiquer doit demeurer souple. La définition de la maladie courante introduit des éléments qui seront à nouveau restrictifs en pratique clinique et mèneront à de la confusion et à des références médicales inutiles. L'ajout de balises trop précises peut avoir une apparence de protection du public. Toutefois, elles rendent plutôt l'accès aux soins de santé plus difficile en limitant le champ de pratique des IPS de manière arbitraire et rigide et en suscitant indirectement des références médicales obligatoires. Ces restrictions de champ de pratique ont un impact direct sur l'accessibilité aux soins de santé de la population, ce qui a pour effet de diminuer la qualité des services offerts à cette dernière.

La majorité des normes et règlements associés aux IPS des autres provinces canadiennes sont très peu élaborés dans les fins détails, donnant aux IPS la latitude nécessaire pour qu'elles consultent leurs médecins partenaires lorsque les soins dépassent leurs compétences, que l'état de santé du patient se détériore ou qu'elles ne sont pas en mesure d'en assurer le suivi. Le développement du rôle et de l'autonomie des IPS dans les autres provinces comporte une similitude: le droit de diagnostiquer sans restriction, lequel a été autorisé très tôt dans les autres juridictions canadiennes.

2. L'AIPSQ recommande que l'alinéa 8 des activités que les IPS pourront pratiquer soit remplacé par « effectuer le suivi des grossesses ».

Les IPS qui évoluent au sein d'une équipe de médecins expérimentés en suivi de grossesse, avec une exposition fréquente et soutenue à cette clientèle et qui suivent des formations continues spécialisées développent leur expertise bien au-delà des compétences de départ. Elles deviennent en mesure de suivre des femmes enceintes avec des facteurs de risque plus élevés de façon autonome au sein de leur équipe, et peuvent compter sur des collègues experts au besoin. La situation est exactement la même pour les médecins de

famille. Les IPS sont en mesure de reconnaître les situations cliniques nécessitant un suivi collaboratif plus étroit, une consultation médicale ou un transfert en médecine spécialisée. De plus, leur approche globale favorise la prestation de soins complets et de grande qualité aux femmes enceintes vivant des situations difficiles tant au niveau physique que psychosocial.

3. **L'AIPSQ recommande de retirer les précisions relatives à l'IPSSM dans les modifications introduites au Règlement relatif à la santé des conducteurs, de façon à ce que les autres classes d'IPS, notamment l'IPSSA et l'IPSPL, puissent aussi émettre des avis quant à l'impossibilité de conduire un véhicule lorsque certains troubles du sommeil sont présents.**

Les examens pour les permis de conduire se font dans les services de première ligne auprès des médecins de famille et des IPSPL et les troubles du sommeil sont fréquemment évalués et diagnostiqués en première ligne. Aucun diagnostic spécifique ne doit être réservé à une spécialité.

4. **L'importance de ne pas introduire de distinction et de scission entre la santé mentale et la santé physique.**

Jusqu'à récemment, il n'y avait pas de scission entre la santé mentale et la santé physique dans la réglementation des IPS. Bien que le *Règlement sur la formation et l'expérience clinique des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux* existe depuis 2014, ce n'est qu'en 2018, au moment de la création de la spécialité en santé mentale qu'est apparue pour la première fois la séparation des champs d'exercice entre santé mentale et santé physique. Dans un contexte où les IPS pourront poser des diagnostics, cette scission, unique en Amérique du Nord, limite toutes les IPS. Ceci a pour conséquence de restreindre la pratique existante des IPSPL et des IPSSM, notamment auprès des populations vulnérables. Cette situation crée un bris de service injustifiable d'un point de vue éthique, économique et juridique dans un contexte où les besoins en santé mentale et en première ligne sont criants.

La prise en charge intégrée de la santé physique et mentale est inhérente à l'organisation du travail collaboratif de première ligne, dont tous les professionnels ont développé une expertise de généraliste. Selon cette même logique, les IPSPL ont développé en santé mentale l'expertise attendue d'une généraliste de première ligne qui donne les soins requis pour son type de clientèle. C'est pourquoi l'AIPSQ recommande que les IPSPL puissent poser le diagnostic pour les troubles mentaux fréquents en première ligne lorsqu'elles jugent qu'elles ont le niveau de formation et l'expertise pour répondre aux besoins de leur clientèle comme pour tout le reste de leur pratique.

De la même façon, l'AIPSQ recommande que les IPSSM puissent poser le diagnostic pour des conditions non liées aux troubles mentaux lorsqu'elles jugent qu'elles ont le niveau de formation et l'expertise pour répondre aux besoins de leur clientèle comme pour tout le reste de leur pratique.

Plus globalement, l'AIPSQ recommande que le projet de loi 43 précise clairement que le champ d'exercice des IPS inclut le diagnostic des maladies physiques et mentales toutes spécialités confondues.

5. **L'AIPSQ recommande que les IPS puissent admettre les patients et leur donner le congé hospitalier au moment opportun.** L'analyse de ce qui se fait en Ontario, où les IPS ont ce droit, nous permet de constater une amélioration de l'accès, de la sécurité et de la qualité des soins, en plus d'assurer une continuité et une fluidité des soins pour les patients. Qui plus est, on constate une diminution des délais d'attente aux urgences et une réduction des séjours hospitaliers, en plus de l'optimisation des ressources sur le plan des ressources humaines.
6. En plus de ce qui est prévu au projet de loi, l'AIPSQ recommande les bonifications suivantes :
 - **Que les IPS puissent administrer l'aide médicale à mourir;**
En effet, la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* autorisant l'aide médicale à mourir prévoit que les IPS puissent la fournir. C'est d'ailleurs le cas dans la majorité des provinces.
 - **Que les IPS puissent aussi procéder à la détermination du niveau de soins;**
Il semble exister un flou législatif par rapport à la détermination du niveau d'intervention médicale (NIM). En effet, selon un rapport publié par le CMQ (2005), « le NIM fait partie du traitement médical et, à ce titre, relève de l'exercice de la médecine, tel que prévu à l'article 31 de la Loi médicale où l'on mentionne notamment que le médecin a comme activité réservée de « déterminer le traitement médical » et « prescrire le traitement médical ». Prescrire un traitement est une activité réservée en exclusivité au médecin, activité qui n'est partagée avec aucun autre professionnel, tout comme établir un diagnostic ». À partir du moment où l'IPS peut établir un diagnostic et prescrire un traitement, elle devrait pouvoir déterminer le NIM de ses patients.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

PARTIE 2

La définition de « maladie courante »

Recommandation 1 : Retirer la définition de « maladie courante » dans le projet de loi 43 pour harmoniser la législation concernant le champ de pratique des IPS avec celle des IPS des autres provinces canadiennes.

Recommandation 2 : Dans le cas où une définition devrait tout de même être retenue, l'AIPSQ recommande de conserver les critères des alinéas 1 et 4 et de retirer les alinéas 3, 5 et 6.

Le suivi de grossesse normale ou à faible risque

Recommandation 3 : Retirer « normales ou à faibles risque » à l'alinéa 8 de l'article 36.1.

PARTIE 3

La scission de la santé physique et mentale

Recommandation 4 : Retirer « en santé mentale » de l'alinéa 4 de l'article 51 et de l'alinéa 2 de l'article 52.

Recommandation 5 : Ne définir aucun diagnostic spécifique réservé à une spécialité incluant les troubles mentaux.

Recommandation 6 : Expliciter dans le projet de loi que le champ d'exercice des IPS inclut le diagnostic des maladies physiques et mentales toutes spécialités confondues.

PARTIE 4

Recommandation 7 : Permettre aux IPS d'admettre les patients et de leur donner le congé hospitalier au moment opportun.

PARTIE 5

Recommandation 8 : Permettre aux IPS d'administrer l'aide médicale à mourir.

Recommandation 9 : Permettre aux IPS de déterminer le niveau de soin.

PARTIE 1 : EN BREF, LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES AU QUÉBEC :

1.1 Les compétences des IPS en poste au Québec

Cette section permet de mieux saisir le niveau de formation des IPS au Québec, leur rôle, leur type de clientèle et les milieux où elles travaillent. Ces informations justifient les recommandations apportées par l'AIPSQ en lien avec le projet de loi 43 lesquelles seront discutées dans les autres parties de ce document.

Les IPS cumulent au moins cinq années de formation universitaire et minimalement deux ans d'expérience clinique. Leur formation au premier cycle leur a permis d'acquérir des connaissances fondamentales, des connaissances cliniques et thérapeutiques et de développer leurs compétences dans le domaine des soins infirmiers. Leur expérience clinique leur a permis d'intégrer ces connaissances et de développer leur jugement clinique.

L'infirmière québécoise qui devient IPS détient préalablement un baccalauréat et minimalement 3360 heures d'expérience clinique, dont la moitié auprès de la clientèle visée par la spécialité choisie. En amorçant sa formation d'IPS, elle a déjà des connaissances et des compétences en physiopathologie, pharmacologie et divers traitements médicaux et maîtrise plusieurs techniques de soins.

Au 2^e cycle universitaire, la future IPS complète une maîtrise (M. Sc.) et un diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) simultanément¹. Il s'agit d'un programme d'études intensif de 75 crédits qui débute par une formation théorique d'un an et demi et se termine par un stage de 950 heures supervisé par des IPS et des médecins. Cette formation exhaustive lui permet d'approfondir ses connaissances en pratique infirmière avancée. Les cours de physiopathologie, d'examen clinique, de pharmacologie et de démarche clinique avancée la préparent à exercer ses nouvelles activités tant en santé physique qu'en santé mentale. Elle développe aussi ses compétences d'éducation à la santé, de leadership, de supervision et enseignement, de recherche, d'amélioration des pratiques cliniques et collaboratives, ainsi que de soutien clinique aux équipes de soins. Le programme de formation des IPS québécoises est le plus complet au Canada. En effet, celui-ci comporte davantage d'heures de formation sur les plans théorique et clinique².

Au terme de sa formation, l'IPS est habilitée à exercer une démarche clinique systématique basée sur un raisonnement clinique solide. Elle se fait une représentation dynamique des problèmes, priorise les hypothèses diagnostiques et appuie ses décisions d'investigation et de traitement sur des constats bien documentés et bien justifiés. Ces constats s'appelaient jusqu'à maintenant des « hypothèses » diagnostiques pour respecter le cadre législatif précédent, mais ces constats sont au cœur même de la formation et de la pratique IPS depuis ses débuts. Ils

¹ Voir annexe A

² Voir Annexe B

sont indissociables de la démarche clinique menant à choisir les bonnes interventions thérapeutiques. Le présent projet de loi légitimise des compétences existantes des IPS québécoises. L'examen de certification actif jusqu'en 2018 en témoigne éloquemment : il était structuré sur l'identification, la priorisation et la justification des hypothèses diagnostiques.

Les IPS débutantes formées au Québec détiennent minimalement les mêmes compétences de niveau débutant (*entry level competencies*) que leurs collègues canadiennes. Ces compétences de niveau débutant établies en 2016 par le Conseil Canadien des Organismes de réglementation de la Profession Infirmière (CCORPI) font largement consensus et ont servi de point de départ à tous les changements législatifs concernant la pratique des IPS au Canada.

Voici quelques constats scientifiques sur la pratique des IPS :

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2019) :

- Une revue systématique de 24 essais comparatifs randomisés a révélé une plus grande satisfaction des clients, une réduction des admissions à l'hôpital et une réduction de la mortalité découlant de soins prodigués par le personnel infirmier en pratique avancée [...] (Martinez-Gonzalez, Djalali et coll., 2014). (AIIC 2019, annexe B).
- Une revue systématique de l'influence des infirmières en pratique avancée prodiguant des soins aux aînés a révélé que les IPS en soins de longue durée fournissent une évaluation, **un diagnostic** et un traitement ponctuel pour des conditions aiguës et épisodiques et des blessures réduisent les transferts évitables des résidents à l'urgence et améliorent la satisfaction des clients et de leur famille (Morilla-Herrera et coll., 2016). Des études menées au Québec dont le projet vitrine en CHSLD (2017) ont fait les mêmes constats (Kilpatrick et coll, 2017 et 2019).
- Une étude comparative faite auprès d'IPS en soins tertiaires rapporte que les IPS ont un raisonnement diagnostique comparable à celui des médecins (Pirret, Neville, La Grow, 2015).
- Plusieurs revues systématiques démontrent un taux de satisfaction élevé chez les clients suite à des soins prodigués par des infirmières en pratique avancée [...] (Martinez-Gonzalez, Djalali et coll., 2014, Swan et coll., 2015, Tsiachristas et coll., 2015, Morilla-Herrera et coll., 2016).
- Une étude de Hurlock-Chorostecki et McCallum (2016) indique que les IPS en centre hospitalier réduisent le temps d'attente à l'urgence, la durée d'un séjour hospitalier ainsi que le taux de réadmission et de complications. Elles améliorent l'observance aux directives cliniques factuelles et le taux de satisfaction des patients. Ceci engendre aussi une réduction des coûts pour la société.

- L'absence d'éclaircissement des rôles ainsi que les obstacles législatifs et réglementaires entravent la capacité des IPS à travailler dans la pleine mesure de leur champ d'exercice entraînant ainsi une insatisfaction au travail (Sangster-Gormley, Martin-Misener et Burge, 2013; Maier et coll., 2017; Kleinpell et coll., 2014; Little et Reichert, 2018).

Que ce soit au Canada ou ailleurs dans le monde, toutes ces études ont été réalisées auprès d'IPS qui posent des diagnostics dans un cadre législatif souple.

En résumé, les IPS québécoises possèdent les compétences nécessaires pour évaluer l'état de santé de patients avec des problèmes de santé complexes, pour diagnostiquer les problèmes de santé physiques et mentaux aigus et chroniques, pour prescrire et interpréter des examens diagnostiques, pour prescrire des traitements médicaux et des médicaments et assurer le suivi de leurs interventions. Elles possèdent la formation nécessaire pour faire le même travail que leurs collègues canadiennes, formation la plus étendue au Canada.

1.2 Rôle de l'infirmière praticienne spécialisée

Au Canada, une IPS prend soin d'environ 800 patients et pas moins de 3 millions de Canadiens reçoivent des soins de première ligne d'une IPS (Martin-Misener, Donald, Kilpatrick, et al. 2015). Les infirmières praticiennes spécialisées évoluent dans le paysage québécois de la santé depuis une quinzaine d'années : on en compte actuellement 552 (toutes spécialités confondues) (OIIQ et CMQ, 2019f). Elles œuvrent au sein d'équipes interprofessionnelles en collaboration avec des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Au service de la population, elles travaillent en partenariat avec le patient de tout âge et sa famille. Des résultats de la recherche démontrent que la présence des IPS dans les établissements de santé a permis une amélioration tangible de l'accès aux soins (Roots & MacDonald (2014), une réduction de 20% des transferts à l'urgence en provenance des soins de longue durée, une hausse de la satisfaction des familles à l'égard de la qualité des soins et une baisse de 55% du taux de polypharmacie (Klaasen, Lamont & Krishan (2009). L'AIPSQ croit au travail de collaboration et pense que ce sont les forces respectives de chacun des intervenants de l'équipe interprofessionnelle, en partenariat avec le patient/famille, en tout respect de leurs compétences, qui doivent être mises à profit, au-delà d'une hiérarchie de soins.

1.3 Classes de spécialités

Au Québec, il existe cinq classes de spécialités :

Tableau 1 : Classes de spécialité d'IPS au Québec et année d'apparition de la classe

Classes de spécialité d'IPS au Québec et année d'apparition de la classe		
Classe de spécialité	Domaine de soins	Année d'apparition de la classe de spécialité
Néonatalogie (IPSNN)		2005
Santé mentale (IPSSM)		2018
Soins aux adulte (IPSSA)	Cardiologie	2005
	Néphrologie	2005
	Autres: Exemples : neurologie, pneumologie, oncologie, chirurgie thoracique, orthopédie, médecine interne	2018
Soins pédiatriques (IPSSP)		2018
Soins de première ligne (IPSPL)		2009

AIPSQ (2019a)

Les IPSSA (autres que les domaines de la cardiologie et néphrologie), IPSSM et IPSSP certifiées intégreront le réseau de la santé à la fin de l'année 2019. Elles sont en attente de leur examen de certification prévu le 29 novembre 2019.

1.4 Milieux de pratique par classe de spécialité

Les IPS travaillent dans divers milieux de pratique en 1^{ère}, 2^e et 3^e ligne.

Les services de première ligne « s'adressent aux personnes, principalement celles vivant à domicile, ayant des besoins ou des problèmes communs de santé; ils comprennent un ensemble de services de santé courants qui s'appuient sur une infrastructure simple en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques » (OIIQ et CMQ, 2019d, p. 10).

Les services de deuxième ligne « comprennent des services d'assistance, de soutien et d'hébergement ainsi qu'un ensemble de services de santé principalement spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure complexe en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques » (*Règlement sur les IPS*, 2018, p. 2). Ils s'adressent aux personnes qui présentent « une perte importante d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale ainsi qu'aux personnes ayant des problèmes de santé complexes, lesquels ne peuvent être résolus par les soins de première ligne ».

Les services de troisième ligne offrent un niveau de soins « ultraspécialisés [et] s'adressent [aux personnes] ayant des problèmes de santé très complexes ou dont la prévalence est très faible » (*Règlement sur les IPS*, 2018, p. 2).

Tableau 2 : Milieux de pratique par classe de spécialité

Classes de spécialités	IPSNN	IPSSM	IPSSA	IPSSP	IPSPL
Milieux de pratique	2 ^e et 3 ^e ligne` Centres hospitaliers	1 <sup>ère</sup> ligne ET 2 <sup>e</sup> et/ou 3 <sup>e</sup> ligne` Centres hospitaliers	2 ^e et 3 ^e ligne Centres hospitaliers	2 ^e et 3 ^e ligne Centres hospitaliers	1 ^{ère} ligne Inclus CHSLD, soins à domicile

AIPSQ (2019b)

Vous trouverez à l'annexe C un tableau synthèse en lien avec les milieux de pratique spécifiques par classe de spécialité des IPS.

1.5 Types de clientèles suivies par les IPS

Vous trouverez à l'annexe D un tableau synthèse qui présente les différents types de clientèles suivies pour chacune des classes de spécialités d'IPS.

1.6 La pratique infirmière avancée des IPS

L'infirmière praticienne spécialisée exerce principalement auprès des personnes en soins directs, et ce, entre 70% et 80% de son temps, tant pour des suivis de problèmes de santé chroniques que pour l'évaluation d'un problème aigu ou un problème de santé courant, du plus simple au plus complexe. Elle combine et intègre ses savoirs expérientiels et théoriques afin de :

- Effectuer une évaluation autonome de la condition de santé globale d'une personne dans son unicité.
- Procéder à un examen physique ciblé en lien avec la raison de la consultation.
- Prescrire les examens de dépistage et d'investigation pertinents.
- Identifier et prioriser les hypothèses diagnostiques pertinentes à la situation clinique.
- Établir les plans de traitement non-pharmacologique et pharmacologique appropriés.
- Assurer le suivi de ses interventions dans un processus itératif de réévaluation de l'évolution de la condition de santé de la personne.

L'IPS tient également toujours compte du contexte de soins, de l'environnement de la personne et de sa famille. Elle peut référer à un autre professionnel de la santé ou à un collègue médecin selon les besoins. Elle est également autorisée à prescrire un arrêt de travail ou des activités quotidiennes et un retour progressif ou complet au travail. Finalement, sous certaines conditions et en collaboration avec son médecin partenaire, elle peut exercer des activités médicales en soins palliatifs.

Elle consacre 20 à 30 % de son temps dans des activités d'enseignement, de supervision, de mentorat, de support clinique, de recherche et d'amélioration des pratiques cliniques.

1.7 Collaboration et autonomie de l'IPS

La contribution optimale de l'infirmière praticienne est essentielle dans le système de santé québécois pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population.

Elle collabore avec l'ensemble des professionnels de la santé, dont les médecins, le personnel de bureau, la personne qui nécessite des soins et sa famille selon divers niveaux d'intensité liés à la complexité de la situation. Elle ne souhaite pas travailler en silo dans la prise en charge de la clientèle. L'objectif est de mettre en commun les expertises propres à chaque professionnel afin de garantir les meilleurs soins et services au patient et à sa famille.

L'autonomie recherchée vise à permettre à l'IPS de pratiquer au sein des équipes en étant libre dans son champ d'action, dans son rôle, dans la prise en charge de la clientèle liée à sa spécialité sans restriction. L'AIPSQ souhaite que les patients puissent être inscrits directement auprès d'une IPS au registre de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) afin d'identifier

clairement la personne responsable des soins. Cela faciliterait la prise de rendez-vous en ligne lorsque le principal fournisseur de soins est l'IPS et faciliterait les trajectoires de réception des résultats des examens diagnostiques et des rapports de consultation.

PARTIE 2 : LE PL43, UNE AVANCÉE NOTABLE POUR LA PRATIQUE DES IPS

Le projet de loi 43 découle d'une véritable volonté politique de donner aux IPS la marge de manœuvre nécessaire afin de contribuer pleinement au système de santé du Québec, à la hauteur de ses capacités. L'AIPSQ demande au gouvernement d'aller de l'avant, afin que ce rattrapage longuement attendu soit durable et ne doive pas être répété à nouveau dans quelques années en raison de dysfonctionnements induits par une législation inadaptée.

L'AIPSQ tient à souligner qu'à toutes les étapes des longs processus de négociations antérieures entre l'OIIQ et le CMQ concernant le règlement des IPS, aucune IPS n'a pu être présente lors des échanges. Il s'agit d'une autre différence majeure entre le Québec et les autres provinces où des IPS travaillent dans des postes clés décisionnels au sein des ordres professionnels. Les IPS expérimentées témoignent de la réalité clinique et collaborative sur le terrain, documentent les obstacles et peuvent analyser et expliquer les conséquences attendues des propositions sur la table. Leur participation est essentielle pour s'assurer que l'ensemble des acteurs puisse se faire une représentation juste et complète des problèmes. Elles sont les mieux placées pour proposer des solutions réalistes et novatrices.

Depuis l'arrivée des IPS au Québec, force est d'admettre que les importantes restrictions réglementaires ont grandement limité le déploiement optimal de leur travail, ayant pour conséquence de multiplier les demandes d'intervention auprès des médecins partenaires, de diminuer l'efficacité du travail d'équipe, de limiter l'accessibilité aux soins pour la population, d'augmenter les coûts pour les contribuables et de diminuer l'attraction et la rétention de la profession.

Le projet de loi 43 présente d'excellentes possibilités d'avancement pour corriger le tir et améliorer l'efficacité et l'efficacité des IPS et de leurs équipes de soins. Soulignons la reconnaissance du rôle de l'IPS et l'intérêt à rendre la profession autonome par la soustraction de l'encadrement des activités médicales des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de la Loi médicale et le transfert de cette responsabilité à l'OIIQ, le retrait de la surveillance par les médecins partenaires au profit de la collaboration axée sur les besoins des patients et les modifications des différentes lois telles que la SAAQ et la CNESST.

L'ouverture de la Loi est une occasion unique de passer à une autre étape de l'implantation du rôle des IPS au Québec en mettant en place une réglementation à la fois sécuritaire pour la population, pragmatique, réaliste et applicable sur le terrain afin de mieux répondre aux besoins de santé des Québécois.

L'AIPSQ tient à souligner les différents éléments du projet de loi 43 qui pourraient limiter l'accessibilité aux soins et services et le risque qui en découle, soit de devoir changer à nouveau les lois impliquées dans ce projet dans un horizon à très court terme.

2.1 Définition de « maladie courante »

Dans la version à l'étude du PL43, on lit comme suit ce qui s'applique à la notion de « maladie courante » :

Projet de loi 43 - Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec (chapitre 1-8). Article 36.1

« L'infirmière praticienne spécialisée peut, lorsqu'elle y est habilitée par un règlement pris en application du paragraphe f du premier alinéa de l'article 14, exercer, selon les conditions et les modalités prévues par ce règlement, les activités suivantes :

1° Diagnostiquer les maladies courantes

Pour l'application du paragraphe 1° du premier alinéa, on entend par « maladie courante » une maladie qui présente les caractéristiques suivantes :

- 1° **une incidence élevée en fonction de la classe de spécialité de l'infirmière et, le cas échéant, de son domaine de soins;**
- 2° **des symptômes et des signes habituels;**
- 3° **une absence de détérioration significative de l'état général de la personne;**
- 4° **des critères diagnostiques définis, spécifiques et reconnus;**
- 5° **un faible potentiel de détérioration rapide;**
- 6° **une absence de potentiel de préjudice grave et irréversible. ».**

2° Prescrire des examens diagnostiques.

Dans le Règlement sur les IPS de 2018, il y avait une définition de « soins courants », qui a dû être révisée car certains éléments rendaient sa mise en application concrète difficile. Elle est retirée du présent projet de loi. Pourtant, le texte proposé comporte un ajout de la définition de « maladie courante », qui apporte, encore une fois, son lot de questionnements et de la confusion.

Pour avoir l'effet escompté, la légalisation au regard du droit de diagnostiquer doit demeurer le plus souple possible. La définition de « maladie courante » à la section de la LII, article 36.1, sera à nouveau restrictive en pratique clinique et mènera à des références médicales inutiles, à l'image des effets de la définition de « soins courants » dans la pratique actuelle. D'ailleurs, Coté (2017) rapporte que plusieurs difficultés vécues par les médecins partenaires concernant le déploiement du rôle des IPSPL sont principalement liées aux limites imposées par les lignes directrices.

La majorité des textes législatifs associés aux IPS dans les autres provinces canadiennes sont très souples, donnant aux IPS la latitude nécessaire pour qu'elles consultent leurs médecins partenaires lorsque les soins dépassent leurs compétences, que l'état de santé du patient se détériore ou qu'elles ne sont pas en mesure d'en assurer le suivi. L'IPS a la formation, les compétences, les habiletés et le jugement clinique essentiels pour poser un diagnostic et référer au moment opportun. Rappelons-nous que depuis 15 ans les IPS du Québec réfèrent et consultent au moment opportun.

L'ajout de balises trop précises peut, à première vue, avoir une apparence de protection du public. Toutefois, elles rendent plutôt l'accès aux soins de santé difficile en limitant le champ de pratique des IPS de manière arbitraire et rigide et en suscitant indirectement des références médicales obligatoires (Kuo et al., 2013).

Recommandation 1 : Retirer la définition de « maladie courante » dans le projet de loi 43 pour harmoniser la législation concernant le champ de pratique de l'IPS avec celle des IPS des autres provinces canadiennes.

La prochaine section décortique les caractéristiques de la définition de « maladie courante » une par une et explique les problématiques qu'elles vont engendrer dans la pratique si elles ne sont pas abrogées. Prendre en note que les exemples sont non exhaustifs et partagés par les IPS de toutes les spécialités et que l'ensemble des recommandations émises sont applicables à toutes les classes de spécialités. Il est fortement recommandé d'uniformiser la réglementation afin d'éviter une pratique fragmentée selon les classes de spécialités.

1° Une incidence élevée en fonction de la classe de spécialité de l'infirmière et, le cas échéant, de son domaine de soins :

Le terme « incidence élevée » est flou et pourra porter à confusion, notamment en ce qui a trait à sa définition, sa délimitation et son utilisation dans la pratique. Selon la classe de spécialité et le domaine de soins, les IPS peuvent travailler auprès de différents types de clientèles.

Par exemple, une infection urinaire n'a pas une incidence élevée dans la pratique de l'IPS en santé mentale, mais il serait aberrant qu'elle soit obligée de rediriger le patient vers un service de première ligne pour un problème qu'elle peut gérer à son niveau. L'IPS en soins aux adultes dont le domaine de spécialité est la cardiologie devra faire appel à un urologue pour traiter une infection urinaire alors qu'en première ligne, c'est l'IPS qui la gère. De plus, les IPS de toutes les spécialités peuvent gérer des problèmes de santé même si l'incidence n'est pas élevée dont l'IPS en néonatalogie ou l'IPSSA dans le domaine de la néphrologie qui sont exposées à des

situations complexes constamment ou l'IPS en première ligne dont la pratique touche partiellement tous les domaines de spécialité tout comme celle du médecin de famille.

2° « des symptômes et des signes habituels »

La clientèle pédiatrique (Brugha, Marlais, Abrahamson, 2016) et les aînés présentent rarement des symptômes et des signes « habituels ». Cette clientèle touche toutes les classes de spécialités. Il est reconnu que chez l'aîné, principalement atteint de troubles neurocognitifs majeurs (TNM), les diverses modifications physiologiques liées au vieillissement, les comorbidités ainsi que le profil pharmacologique lourd peuvent avoir pour effet de masquer les signes et symptômes typiques de certaines affections (Halter, Ouslander, Studenski et al. (2017).

Par exemple, le reflux gastro-oesophagien (RGO) : les symptômes typiques (brûlement, régurgitation acide, douleur thoracique, indigestion) et atypiques (toux, bronchospasme, voix rauque, laryngite, odynophagie, douleur thoracique) sont peu fréquents chez l'aîné. Les symptômes plus fréquents sont dits non spécifiques soit : nausées, vomissements, anorexie, perte de poids, anémie.

Les résidents des CHSLD ou encore les patients à domicile présentent souvent un état de santé précaire. Le profil type s'est alourdi considérablement dans les dernières années, demandant aux divers intervenants qui les côtoient de développer des compétences dans la gestion de problèmes de santé multiples et touchant l'ensemble des systèmes du corps humain (Durand, Maillé, 2015).

Dans ce contexte, l'IPSPL pourra procéder à l'évaluation et assurer le suivi du patient, mais devra référer au médecin partenaire pour une multitude de problématiques pour lesquelles elle détient pourtant l'expertise et la compétence, car elle ne pourra poser le diagnostic étant donné que ce ne sont pas les signes et les symptômes habituels. Ceci pourrait avoir un impact direct pour la clientèle, soit retarder l'administration de soins reconnus efficaces et sécuritaires, voire l'apparition de complications.

Ces limitations s'appliquent à toutes les spécialités d'IPS qui travaillent auprès de la clientèle pédiatrique et des aînés.

3° « une absence de détérioration significative de l'état général de la personne »

Les IPS voient des patients aux soins intermédiaires, aux soins intensifs, en consultation à l'urgence, en soins palliatifs, en soins à domicile et en CHSLD. Elles voient aussi, encore une fois, une clientèle pédiatrique (Qureshi, 2017) et des aînés. La majorité de la clientèle est à risque de présenter une détérioration significative de l'état général.

En première ligne, l'IPS voit des enfants et des aînés, au sans rendez-vous et parfois même en suivi, qui se présentent avec une détérioration significative de l'état général. Prenons l'exemple d'une personne de 82 ans, connue pour une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), qui fait une pneumonie avec de la fièvre et une réduction de la saturation de son taux d'oxygène ou un enfant qui se présente amorphe et déshydraté avec une température rectale de plus de 39°C. L'IPS est en mesure de poser le diagnostic en cause, de choisir le plan de traitement approprié ou de le diriger vers l'urgence, si applicable. Si elle ne peut poser le diagnostic, elle devra le référer au médecin, si un médecin est sur place sinon, elle devra l'orienter vers une autre clinique ou l'urgence, et ce, même si elle pouvait le gérer elle-même. En, CHSLD, nous pouvons également penser à la gestion des Symptômes Comportementaux et Psychologique de la Démence (SCPD), l'un des mandats cités par l'OIIQ (2015) comme faisant partie des tâches de l'IPSPL en CHSLD. L'évaluation d'un SCPD comporte un grand nombre de causes possibles. Celles-ci passent par la présence d'un besoin non comblé, à la présence de douleur, aux manifestations d'un état dépressif ou anxieux. On peut également penser au délirium, ou simplement aux troubles de comportement typiques associés à certains troubles cognitifs.

Peu importe le milieu de travail, les personnes qui présentent des troubles mentaux, si on se réfère aux critères définis par le DSM-5³, requièrent que la personne vive une détresse cliniquement significative, et donc que son état se soit détérioré.

Les patients se présentent à l'urgence lorsqu'ils nécessitent des soins plus importants. Les IPS en milieu hospitalier qui prennent en charge cette clientèle travaillent à partir d'un diagnostic provisoire en provenance de l'urgence. L'IPS complètera l'évaluation, demandera des examens sanguins ou imageries et pourrait éventuellement conclure à un diagnostic final. Pensons à l'IPSSA (cardiologie) qui reçoit un résultat qui démontre un taux de troponine élevée qui vient confirmer un infarctus. Avec le libellé actuel, elle devra demander l'intervention du cardiologue chaque fois qu'un patient présente une détérioration significative de son état général bien que ces patients constituent sa clientèle principale.

Ceci s'applique aussi aux IPS de toutes les spécialités qui travaillent en 2^e et 3^e ligne. Celles-ci soignent une population avec des expériences de santé et des soins de santé aigus ou critiques. OIIQ et CMQ (2019b,c,d,e) définissent la clientèle suivie par ces IPS comme étant :

« (...) des personnes adultes (y compris les jeunes adultes, adultes et les personnes âgées) qui présentent un problème de santé complexe (chronique, aigu ou critique), [...]et requérant des soins de deuxième ou de troisième ligne ». (OIIQ et CMQ 2019b, p.9)

³ Référence officielle pour les diagnostics des troubles mentaux

4° « des critères diagnostiques définis, spécifiques et reconnus » :

Le processus de démarche clinique en vue de poser un diagnostic est itératif. Les critères diagnostiques mentionnés ici s'appliquent uniquement à l'étape où l'IPS pose un diagnostic final dans les situations où il peut être confirmé. Les IPS sont habilitées à évaluer et reconnaître les présentations atypiques des maladies courantes de leur spécialité. De plus, un nombre important de maladies rencontrées fréquemment en pratique n'ont pas de critère diagnostique défini et spécifique. S'il suffisait simplement de cocher une liste de signes et symptômes clairement définis, tout le monde pourrait s'autodiagnostiquer avec justesse!

La nomenclature proposée ici limite grandement la pleine utilisation du jugement clinique de l'IPS et, par conséquent, sa capacité d'agir : c'est pourquoi les termes « définis et spécifiques » devraient être retirés. La précision de critères diagnostiques reconnus est suffisante : elle englobe les critères diagnostiques spécifiques des guides de pratique clinique quand ils existent, mais inclut également la littérature scientifique en constante évolution ainsi que la pratique consensuelle des collègues médecins et IPS au sein des équipes de soins : c'est-à-dire des critères diagnostiques reconnus au sein de consensus d'experts.

5° « un faible potentiel de détérioration rapide »

Le niveau d'exposition élevée des IPS à des situations qui présentent un potentiel de détérioration rapide fait en sorte que l'IPS devrait référer au médecin pour poser le diagnostic.

Les patients en CHSLD, en soins palliatifs, aux soins intensifs ou à l'urgence par exemple, présentent un potentiel de détérioration rapide.

Pour l'IPS en soins aux adultes du domaine de la cardiologie, il peut s'agir d'une fibrillation auriculaire (arythmie cardiaque); pour l'IPS en soins aux adultes du domaine de la néphrologie, un patient en insuffisance rénale ou qui vient de subir une greffe rénale; pour une IPS en néonatalogie, un bébé avec une septicémie ; pour une IPS en soins pédiatriques un enfant irritable qui cache une méningite ; pour une IPS en santé mentale, une personne qui fait une dépression majeure avec un risque suicidaire élevé. Pour une IPS en soins de première ligne, pensons à l'ainé pour qui le vieillissement se caractérise par une capacité de maintien de l'homéostasie corporelle altérée qui rend la personne en CHSLD plus à risque de détérioration rapide de son état de santé. En raison du grand nombre de comorbidités présentes chez les aînés en CHSLD, leur profil pharmacologique lourd, et le maintien précaire de leur homéostasie, presque tous les problèmes de santé présentés par un aîné atteint de TNCM ont un potentiel de détérioration rapide. Et, ceci peut aussi être vrai pour des aînés qui vivent encore à domicile. Toute condition qui peut mener à l'alitement de la personne pour une période plus ou moins prolongée, que ce soit une pneumonie, l'influenza, une gastro-entérite ou une infection à C difficile comporte un risque de détérioration rapide. Plusieurs risques sont alors potentialisés : embolie, plaies, sarcopénie, délirium, etc. Pourtant ces risques de détérioration sont fréquents en CHSLD.

Rappelons aussi qu'en 2^e et 3^e ligne, la population visée est instable ou à grand risque d'instabilité et souvent la personne est admise en centre hospitalier en raison de son risque potentiel élevé de détérioration rapide. C'est la raison même pour laquelle ces personnes sont souvent hospitalisées.

6° « une absence de potentiel de préjudice grave et irréversible »

Le potentiel de préjudice grave et irréversible est présent pour nombre de situations évaluées par les IPS. Par exemple, les patients avec des infarctus non-transmuraux, de l'angine instable, de l'insuffisance cardiaque décompensée, de la fibrillation auriculaire rapide; les grands prématurés à risque élevé de décès; les patients avec des plaies complexes à risque de surinfection, de nécrose et d'amputation; les aînés frêles, alités et à risque de chute (Halter, Ouslander, Studenski et al. (2017); les patients chez qui on découvre des cancers; les patients en insuffisance rénale terminale; les patients en crise psychotique ou suicidaire.

Les IPS des cinq classes de spécialités ont été formées rigoureusement pour poser les diagnostics. Bien qu'elles n'aient pas le droit jusqu'à maintenant d'utiliser officiellement le terme « diagnostic », c'est bel et bien sur ce constat qu'elles appuient toutes leurs décisions cliniques, leurs plans de traitement et leurs références. En cas de doute, tout comme leurs médecins partenaires, elles réfèrent aux ressources pertinentes au moment opportun. Elles ont la formation, l'expertise, le jugement clinique et la conscience professionnelle pour déterminer quand elles poseront le diagnostic et quand elles référeront. Elles sont diligentes, compétentes, professionnelles et imputables de leurs actes.

Recommandation 2 : Dans le cas où une définition devrait tout de même être retenue, l'AIPSQ recommande de modifier les critères des alinéas 1 et 4 et de retirer les alinéas 3, 5 et 6.

Article 36.1 tel que proposé par l'AIPSQ :

1° Diagnostiquer les maladies courantes **physiques et mentales** :

Pour l'application du paragraphe 1° du premier alinéa, on entend par « maladie courante **physique et mentale** » une maladie qui présente les caractéristiques suivantes :

- 1° présente en fonction de la classe de spécialité de l'infirmière **praticienne** et, le cas échéant, de son domaine de soins **et de ses champs d'expertise** ;
- 4° des critères diagnostiques **reconnus**.

Les critères 1° et 4° sont assez robustes pour permettre le retrait des critères 3°, 5° et 6°.

2.2 Suivi de grossesses normales ou à faible risque

L'alinéa 8 de l'article 36.1 du projet de loi 43 permet aux IPS d'« effectuer le suivi de grossesses normales ou à faible risque. »

L'IPS débutante est en mesure d'assurer le suivi de grossesse normale ou à faible risque. L'IPS qui évolue au sein d'une équipe de médecins expérimentés en suivi de grossesse, avec une exposition fréquente et soutenue à cette clientèle et qui suit des formations continues spécialisées développe son expertise bien au-delà des compétences de départ. Elle devient en mesure de suivre des femmes enceintes avec des facteurs de risque plus élevés de façon autonome au sein de son équipe, et peut compter sur des collègues experts au besoin. La situation est exactement la même pour les médecins de famille : une partie seulement des médecins font des suivis de grossesse, et parmi eux, certains médecins accoucheurs ont développé des expertises avancées. Le Québec ne devrait pas priver les femmes enceintes de l'apport des IPS qui ont des compétences avancées en œuvrant dans ces équipes.

La situation de santé des femmes enceintes est évolutive et une grossesse initialement à faible risque peut changer de niveau de risque en cours de suivi. Des demandes de consultations ponctuelles en gynécologie-obstétrique avec reprise de suivi en première ligne ou des transferts de suivi en clinique GARE (grossesse à risque élevé) sont décidés en concertation avec les médecins partenaires, mais n'empêchent aucunement l'IPS de poursuivre son implication dans le suivi. L'IPS est en mesure de reconnaître les situations cliniques nécessitant un suivi collaboratif plus étroit, une consultation médicale ou un transfert en médecine spécialisée. De plus, son approche globale favorise la prestation de soins complets et de grande qualité aux femmes enceintes vivant des situations difficiles tant au niveau physique que psychosocial. Devoir abandonner un suivi par restriction législative, alors que l'IPS a la compétence pour le faire, crée un bris de service inutile et inefficace.

La nomenclature proposée empêche l'utilisation à leur plein potentiel des IPS qui ont développé une expertise avancée dans le suivi de grossesse. Ce libellé ne touche pas que les IPSPL, il rendrait impossible pour une IPSSA de choisir ce domaine de pratique en grossesse à risque élevé (GARE).

Recommandation 3 : Retirer « normales ou à faible risque » à l'alinéa 8 de l'article 36.1.

PARTIE 3 : LA SANTÉ MENTALE ET LA SANTÉ PHYSIQUE, UN TOUT À NE PAS DISSOCIER

L'AIPSQ s'oppose fermement à la scission des problèmes de santé physique et mentale dans la législation concernant les IPS.

La section suivante aborde la scission introduite entre l'évaluation des troubles mentaux et la santé physique, ce qui a un impact majeur pour les IPSSM et les IPSPL en termes d'offre de service à la clientèle. Notez que les IPS des autres classes de spécialités peuvent parfois être également exposées à la nécessité d'évaluer la présence de troubles mentaux. Certaines ont même développé une expertise pour répondre à cette clientèle.

Si cette question est abordée, c'est en raison de la présence de la définition de « maladie courante » discutée plus haut ainsi que des modifications introduites au **Règlement relatif à la santé des conducteurs (Chapitre C-24.2, r. 40.1), article 51 et 52**. Nous vous présentons d'abord le texte de loi qui pose problème dans le projet de loi et nous élaborons ensuite sur les causes sous-jacentes et leurs conséquences.

Modifications au Règlement relatif à la santé des conducteurs telles que proposées par le gouvernement

51. Un trouble du sommeil, autre que la narcolepsie, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 1 à 4 dans les cas suivants:

- 1° l'évaluation de l'apnée du sommeil indique un index d'apnée-hypopnée supérieur à 30 et l'apnée n'est pas traitée adéquatement ; [...]
- 4° les manifestations liées au trouble du sommeil ne permettent pas la conduite d'un véhicule routier de ces classes, de l'avis d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale.

52. Un trouble du sommeil, autre que la narcolepsie, est essentiellement incompatible avec la conduite d'un véhicule routier de l'une des classes 5, 6 et 8 dans les cas suivants: [...]

- 2° les manifestations liées au trouble du sommeil ne permettent pas la conduite d'un véhicule routier de ces classes, de l'avis d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale.

Les examens pour les permis de conduire se font dans les services de première ligne auprès des médecins de famille et des IPSPL. Les troubles du sommeil sont fréquemment évalués et diagnostiqués en première ligne.

Recommandation 4 : Retirer « en santé mentale » de l’alinéa 4 de l’article 51 et de l’alinéa 2 de l’article 52.

Nouveaux libellés tels que proposés par l’AIPSQ :

Article 51 : 4° les manifestations liées au trouble du sommeil ne permettent pas la conduite d’un véhicule routier de ces classes, de l’avis d’un médecin ou d’une infirmière praticienne spécialisée.

Article 52 : 2° les manifestations liées au trouble du sommeil ne permettent pas la conduite d’un véhicule routier de ces classes, de l’avis d’un médecin ou d’une infirmière praticienne spécialisée.

Ce libellé s’inscrit dans une problématique sous-jacente très importante pour l’accès aux soins. L’AIPSQ veut sensibiliser le gouvernement et les parlementaires à la scission de la santé mentale et physique introduite dans les champs d’exercice des IPS. A cet effet, l’OIIQ et le CMQ ont statué que seules les IPSSM pouvaient évaluer un trouble mental décrit dans le DSM-5 en vue de poser un diagnostic. Les troubles du sommeil font partie des diagnostics du DSM-5. Le CMQ et l’OIIQ ont justifié cette décision en lien avec la loi *modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2013)*.

3.1 Effets de la scission de la santé mentale et physique

La première ligne : la porte d’accès pour la population, des besoins criants

Au Québec, les IPSPL offrent un accès direct à la clientèle de tous les âges depuis 2009. Plus de 25 % des personnes qu’elles rencontrent présentent à un moment ou un autre de leur vie des problèmes de santé mentale (Fleury et Grenier, 2012). Selon un sondage réalisé auprès des IPS, au Québec, (Duhoux, 2017), les IPSPL estiment à 44 % le nombre de personnes vulnérables au sein de leur charge de cas, incluant les troubles de santé mentale, selon les critères de la Régie de l’assurance maladie du Québec (RAMQ).

Dans son document portant sur l’accès équitable aux services de psychothérapie au Québec paru en 2018, l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) révèle que, dans une enquête réalisée au Canada, moins de la moitié des Canadiens avec des symptômes de trouble dépressif ont été formellement diagnostiqués, et que seulement 30 % d’entre eux avaient consulté un professionnel de la santé dans les 12 mois précédents. (MSSS, 2019 p.2) Selon l’INESSS, les données disponibles au Québec indiquent que les personnes

ayant des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux hésitent souvent à consulter pour ce type de problèmes, et qu'elles ne reçoivent pas toujours l'aide et les traitements dont elles auraient besoin. Qui plus est, la grande majorité des personnes présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (jusqu'à 90 %) sont traitées dans le cadre des services de proximité (MSSS, 2019, p.2).

Selon le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), les troubles mentaux fréquents⁴ peuvent toucher jusqu'à 15 % de la population, à un moment ou à un autre (MSSS 2019, p.1). Les personnes atteintes de ces maladies consultent souvent en première ligne pour des symptômes généraux de fatigue, de perte d'appétit ou de difficulté de sommeil.

Il faut savoir que l'organisation des services de première ligne ne se fait pas par « spécialité ». Tous les professionnels de première ligne⁵ ont l'obligation d'être polyvalents et développent une expertise de généraliste. La prise en charge intégrée de la santé physique et mentale est inhérente à l'organisation du travail collaboratif de première ligne. L'IPSPL a ainsi développé en santé mentale l'expertise attendue d'une généraliste de première ligne. Comme intervenante principale pour une cohorte de patients, elle ne fait pas de distinction sur la base de la raison de consultation. Ainsi, évaluer et soigner des problématiques de santé mentale fait déjà partie de son travail quotidien. Limiter son droit d'intervention auprès de cette clientèle limite l'accès aux soins de première ligne.

L'IPSPL a la formation nécessaire à l'évaluation, la prise en charge, la pose du diagnostic et l'ajustement du traitement pour les personnes qui présentent des troubles mentaux en première ligne, en se référant aux meilleurs guides de pratique clinique et en toute connaissance de ses limites, au même titre que ses collègues IPS canadiennes⁶. C'est d'ailleurs ce niveau de connaissance qui l'amène aussi à savoir si elle doit référer vers les médecins ou vers les services de 2^e et 3^e ligne pour évaluer les cas complexes. L'exposition clinique très fréquente et l'étroit travail de collaboration interprofessionnelle permettent de développer une expertise commune. Les IPSPL en poste sont formées et ont démontré leur compétence dans l'évaluation et le suivi intégré des problèmes de santé mentale et physique de niveau de première ligne.

3.2 Les contraintes introduites quant à la pratique en santé mentale et les conséquences

Jusqu'à récemment, il n'y avait pas de scission entre la santé mentale et la santé physique dans la réglementation des IPS. Bien que le *Règlement sur la formation et l'expérience clinique des infirmières*

⁴ le trouble dépressif, l'anxiété généralisée, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et l'anxiété sociale

⁵ Notamment et sans s'y limiter : les médecins de famille, infirmières cliniciennes, pharmaciens, travailleurs sociaux, IPSPL et IPSSM.

⁶ Nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que toutes les données issues de la recherche sur la sécurité et l'efficacité des soins donnés par les IPS au Canada sont basées sur des pratiques encadrées par des réglementations provinciales qui permettent le diagnostic, et des réglementations qui ne séparent pas la santé physique de la santé mentale dans le champ d'exercice des IPS.

pour l'évaluation des troubles mentaux existe depuis 2014, ce n'est qu'en 2018, au moment de la création de la spécialité en santé mentale qu'est apparue pour la première fois la séparation des champs d'exercice entre santé mentale et santé physique. Dans un contexte où les IPS pourront poser des diagnostics, cette scission, unique en Amérique du Nord, limite toutes les IPS. Ce changement a créé une onde de choc et une grande désorganisation, particulièrement dans les milieux de première ligne où travaillent des IPSPL. Celles-ci sont confrontées entre le choix de délaissier les services intégrés auparavant rendus à leur clientèle ou continuer à suivre ces patients sous peine d'être blâmées lors d'une inspection professionnelle. Plusieurs équipes d'IPS et médecins partenaires ainsi que l'AIPSQ ont fait des démarches de représentation auprès des ordres professionnels pour en décrier les impacts, mais la décision a été maintenue. D'ailleurs, la période de présentation des propositions des membres à l'AGA de l'OIIQ en 2018, a été grandement utilisée par les IPS pour demander à l'OIIQ de revoir la situation.

Voici une liste non exhaustive de diagnostics que l'on retrouve dans le DSM-5 et qui sont devenus réservés à la future pratique des IPS en santé mentale bien que rencontrés fréquemment en première ligne :

-
- Trouble du sommeil
 - Trouble d'abus de substance
 - Trouble déficitaire de l'attention
 - Trouble dépressif
 - Trouble anxieux
 - Trouble de l'adaptation
 - Démence et autres troubles neurocognitifs
 - État de stress aigu
 - État de stress post-traumatique
 - Énurésie
 - Encoprésie
 - Dysfonctionnement érectile
 - Éjaculation précoce
 - Dyspareunie

C'est comme si on écrivait dans la loi médicale une liste d'exclusion des diagnostics pouvant être posés par les médecins de famille et que dorénavant seuls les psychiatres pourront s'occuper des problématiques fréquemment rencontrées en première ligne.

L'évaluation des troubles mentaux est un acte réservé permis aux infirmières depuis 2014 suite à l'adoption de **loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines** qui a élargi l'évaluation des troubles mentaux à d'autres professionnels que les médecins. Les exigences de formation en matière d'évaluation des troubles mentaux sont définies dans la *Loi sur les infirmières et*

infirmiers (LII). Cette *Loi* exige une formation de niveau universitaire ainsi qu'une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques dont les modalités particulières sont à définir par un règlement adopté par le Conseil d'administrations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Il n'y a aucune mention des IPS dans la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Bien que cette loi ait été mise en application en 2013, elle a coexisté, sans aucun heurt, avec le règlement des IPS jusqu'en 2018 comme deux navires avançant en parallèle sans se voir. Le travail des IPSPL en poste depuis 2009 a continué sur le terrain, mais a été occulté de la loi. Pourtant ces IPSPL évaluaient déjà quotidiennement des patients avec des troubles mentaux en vue de poser un diagnostic en concertation étroite avec leurs médecins partenaires.

L'AIPSQ est très préoccupée du fait que le projet de loi 43, qui a pour objectif premier de mettre fin aux obstacles réglementaires afin que les IPS exercent pleinement leur rôle auprès de la population, ne fasse aucune clarification en lien avec l'évaluation des troubles mentaux par les IPS. Cela laisse le champ libre à une interprétation restrictive très nuisible pour l'organisation du travail et l'accès aux soins.

Concrètement, cette restriction limite particulièrement la pratique auprès de plusieurs groupes de patients vulnérables : ceux qui vivent avec des problèmes de santé mentale, les personnes âgées, les personnes qui vivent avec une problématique de toxicomanie, les réfugiés et immigrants, alors que les IPS ont un apport inestimable auprès de ces populations.

Notre compréhension de l'article 38 du Code des professions est que la « réserve d'activités » telle que décrite précédemment pour l'évaluation des troubles mentaux par les infirmières, n'a pas pour effet d'empêcher l'exercice des activités décrites dans **le champ d'exercice**. Il serait donc possible pour les IPS d'évaluer les troubles mentaux en vue de poser un diagnostic si c'était clairement reconnu dans leur champ d'exercice dans le cadre du projet de loi 43.

Depuis 2014, seules les « infirmières détenant un permis d'évaluation des troubles mentaux à l'exception du retard mental » sont considérées habilitées par l'OIIQ pour évaluer les troubles mentaux. Ce n'est qu'en 2018 que l'évaluation des troubles mentaux a été explicitement intégrée dans le Règlement sur les IPS à l'usage exclusif des IPPSM. Leur formation est beaucoup plus approfondie en santé mentale, ce qui leur permet une pratique avancée en 1^{ère}, 2^e et 3^e ligne auprès de personnes vivant des problèmes de santé mentale complexes, atypiques, réfractaires au traitement ou nécessitant une hospitalisation. La formation des IPSPL est celle d'une généraliste, qui lui permet d'évaluer les patients se présentant en première ligne, dans une démarche diagnostique aussi structurée en fonction des hypothèses du DSM-5, de prendre en charge les problèmes moins sévères fréquemment rencontrés dans sa pratique, et de reconnaître et référer adéquatement les personnes avec des problèmes dépassant son champ de pratique, tout comme elle le fait avec des patients qui ont des problèmes de santé

physique. La situation actuelle crée une scission où les IPS de chaque spécialité doivent occulter un pan complet de leurs compétences respectives, soit la santé physique ou la santé mentale selon le cas, et référer la personne vers une autre ressource. Ceci a pour conséquence de diminuer l'offre de service pour la clientèle d'un grand nombre d'IPSPPL déjà en pratique, notamment auprès d'une population vulnérable qui devra être ballottée d'un intervenant à l'autre. Puisque l'implantation des IPSSM se fera très graduellement, la restriction constitue un véritable bris de service injustifiable d'un point de vue éthique, économique et juridique.

3.3 L'importance de l'IPSPPL, y compris en santé mentale

Dans son récent **guide de pratique clinique « Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services**, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) identifie *parmi les principales priorités, l'importance d'améliorer l'accès aux soins et aux services en offrant de* multiples portes d'entrée favorisant la création de liens entre l'ensemble du *réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)* et la communauté dans laquelle les soins et services sont offerts. Le MSSS invite les intervenants, entre autres, à collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services. (MSSS, 2019, p.7). Or, l'IPSPPL fait partie des portes d'entrée vers des services lorsqu'une personne consulte pour un trouble de santé mentale ou lors d'une détérioration d'un problème existant.

Donner aux IPSPPL la latitude nécessaire, incluant d'émettre des diagnostics et amorcer des traitements en santé mentale, irait dans le sens des recommandations du MSSS et, ultimement, ferait en sorte de faire profiter toute la population d'un meilleur accès à toute la gamme de soins en première ligne.

3.4 Rôle de l'IPSSM et restrictions dans l'évaluation des problèmes de santé physique

Selon les mêmes distinctions entre IPSPPL et IPSSM démontrées précédemment, l'IPSSM pourra évaluer une condition physique dans un but diagnostique seulement dans les cas où le problème de santé physique est directement associé à la condition mentale. La clientèle aux prises avec un trouble mental est particulièrement sujette à des comorbidités physiques et même à une espérance de vie inférieure au reste de la population notamment en raison de problématiques de santé physique induites par le trouble mental (habitudes de vie par exemple). Les IPSSM devront constamment se demander si le diagnostic est lié à un trouble mental ou non. Alors qu'elle serait en mesure de prendre en charge certains problèmes physiques courant dans sa pratique, elle devra référer ses patients, entraînant ainsi des délais.

Pourtant, les IPS en santé mentale sont habilitées à évaluer les conditions de santé physique et développeront une expertise en fonction de leur pratique clinique où elles devront gérer certains problèmes de santé physique en cours de suivi. Prenons l'exemple du patient souffrant de schizophrénie qui se présente en suivi avec un problème concomitant d'asthme et qui nécessite des inhalateurs immédiatement afin d'éviter une détérioration de sa condition. Si le

médecin de famille n'est pas accessible dans les plus brefs délais, elle devra référer son patient vers une clinique sans rendez-vous sans savoir si celui-ci aura la capacité de s'y rendre et d'attendre d'être vu alors qu'elle est en mesure de gérer la situation immédiatement.

Bientôt, dans certains milieux du Québec, ces IPS en santé mentale certifiées se joindront aux équipes, mais la répartition de ces ressources se fera graduellement sur de grands territoires de sorte qu'elles ne seront pas présentes rapidement dans chaque milieu clinique. Leur expertise attendue, combinée à celle des IPSPL, doit pouvoir s'exercer dans le cadre d'une latitude d'agir afin que l'on puisse véritablement améliorer l'accessibilité aux soins.

3.5 Les impacts des lois et règlements actuels sur l'accès aux soins et services pour les troubles mentaux

Voici les impacts directs qui découleraient de cette scission entre la pratique de la santé mentale et de la santé physique, une situation unique en Amérique du Nord :

- Réduction de l'accessibilité aux soins et services - risque de préjudice et de détérioration.
- Multiplication des rendez-vous pour un même problème de santé sans valeur ajoutée pour la clientèle.
- Nécessité de références médicales obligatoires par règlement et non basées sur de réels besoins.
- Nécessité de changements organisationnels importants dans les cohortes de la clientèle IPSPL et dans les champs d'activités dans lesquels les IPSPL œuvrent déjà en première ligne.
- Risque de bris de confiance de la clientèle suivie par les IPSPL.
- Restriction majeure du rôle de l'IPSPL dans sa pratique au SRDV et en suivi.
- Dévalorisation de certains aspects de la pratique actuelle des IPSPL et désengagement possible de plusieurs d'entre elles.
- Dévalorisation de certains aspects de la pratique des IPSSM et complexité dans les trajectoires de services lorsque leurs patients auront rapidement besoin d'un service complémentaire en santé physique.
- Désengagement possible des médecins partenaires par la complexité de la prise en charge et le nombre élevé de références de l'IPSPL ou de l'IPSSM dans les milieux.
- Impact sur l'enseignement dispensé auprès des stagiaires IPSPL et IPSSM et des résidents, en leur démontrant des pratiques de collaboration sous-optimales qu'ils répliqueront dans le futur dans leur milieu.

Pour un système de santé performant, il faudrait que:

- Les IPS de toutes les spécialités puissent poser le diagnostic pour les troubles mentaux fréquents lorsqu'elles jugent qu'elles ont le niveau de formation et l'expertise pour répondre aux besoins de leur clientèle comme pour tout le reste de leur pratique.
- Les IPSSM posent le diagnostic pour des conditions non liées aux troubles mentaux lorsqu'elles jugent qu'elles ont le niveau de formation et l'expertise pour répondre aux besoins de leur clientèle comme pour tout le reste de leur pratique.

Afin de réaliser ces objectifs, voici les recommandations de l'AIPSQ :

Recommandation 5 : Ne définir aucun diagnostic spécifique réservé à une spécialité incluant les troubles mentaux.

Recommandation 6 : Expliciter dans le projet de loi que le champ d'exercice des IPS inclut le diagnostic des maladies physiques et mentales toutes spécialités confondues.

PARTIE 4 : ADMISSION ET CONGÉ HOSPITALIER

En Ontario, le Règlement 965 de la Loi sur les hôpitaux publics, pris en application de la Loi sur les hôpitaux publics, accorde aux infirmières praticiennes le pouvoir d'admettre et de donner le congé aux patients hospitalisés depuis 2012.

Selon l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, ceci permet :

- D'accroître l'accès aux soins en temps opportun pour les Ontariennes et Ontariens.
- D'améliorer la coordination et la continuité des soins, tant dans les hôpitaux que dans la collectivité (comme les soins de longue durée et les soins de santé primaires).
- D'améliorer la prestation de soins, lesquels sont axés vers le patient et de réduire la fragmentation de l'expérience client.
- D'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients.
- D'améliorer la circulation des patients dans le système et d'accroître l'efficacité de l'hôpital.
- De réduire les temps d'attente à l'urgence.
- De diminuer la durée du séjour grâce à une libération rapide.
- De diminuer les taux de réadmission grâce à la planification des congés
- D'optimiser l'utilisation des ressources humaines en santé et les compétences des IPS.
- D'améliorer la collaboration interprofessionnelle.
- D'utiliser les ressources en soins de santé de l'Ontario de façon plus efficace et efficiente.

Tableau 3 : Avantages de permettre l'admission des patients à l'hôpital par des IPSNN, IPSSM (2^e et 3^e ligne), IPPSA et IPSSP

Patients	Hôpital	Système de santé	Ressources humaines, géographie et accès aux services de santé
• Accès aux soins en temps opportun • Amélioration de la continuité des soins • Coordination entre les soins hospitaliers et communautaires • Amélioration de l'expérience du patient	• Diminution des temps d'attente à l'urgence • Amélioration de la qualité des soins • Planification complète du congé et durée optimale du séjour • Diminution des taux de réadmission • Rentabilité	• Amélioration de la prestation des services de santé, de l'accessibilité et de la qualité des soins aux Ontariens en maximisant leur contribution. • Collaboration plus étroite entre l'hôpital et les soins communautaires, ce qui facilite la transition des soins et peut réduire l'utilisation des ressources de l'ensemble en rationalisant les soins et en évitant les chevauchements et les doubles emplois. • Diminution de l'inefficacité : les IPS n'ont plus besoin d'avoir l'autorisation d'un médecin pour exécuter un plan de soins dans le cadre du champ d'exercice de l'IPS. • L'Ontario se distingue comme un innovateur dans le soutien de l'intégration complète des infirmières praticiennes dans le système de santé. • Prestation rentable des soins	• Dans les communautés rurales, éloignées ou nordiques, les infirmières praticiennes ayant le pouvoir d'admission préviendront les retards dans les soins et amélioreront la continuité des soins.

(AIPSQ, 2019c)

En Nouvelle-Écosse :

La *Nursing Act*, les *NP Standards of Practice*, les *Entry-Level Competencies for Nurse Practitioners* et d'autres lois provinciales et fédérales connexes définissent la pratique des IPS en Nouvelle-Écosse et dans d'autres provinces et territoires canadiens.

Les infirmières praticiennes ont le pouvoir de :

- Congédier les clients des hôpitaux.
- Prononcer la mort, remplir un certificat médical de décès (CMD) pourvu qu'elles aient terminé les études nécessaires et qu'elles soient compétentes. De l'information sur l'éducation sur les certificats de décès est disponible à l'École des sciences infirmières de l'Université Dalhousie.

(NSCN, 2019)

Recommandation 7 : Permettre aux IPS d'admettre les patients et de leur donner le congé hospitalier au moment opportun.

PARTIE 5 : COMMENTAIRES PAR SECTION DU PROJET DE LOI 43

Ce tableau recense les différentes modifications proposées par l'AIPSQ dans le projet de loi 43.

Tableau 4 : Modifications au projet de loi 43 proposées par l'AIPSQ

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I – 8)	f) régir les classes de spécialités dont doivent faire partie les infirmières praticiennes spécialisées pour exercer les activités visées à l'article 36.1 et déterminer les conditions et les modalités selon lesquelles ces activités sont exercées; à cette fin, il peut, dans ce règlement, constituer un comité consultatif	Il existe actuellement un comité consultatif au sein de l'OIIQ duquel l'AIPSQ est exclue. Or l'AIPSQ est un organisme à but non lucratif dont la mission consiste principalement à favoriser le développement du rôle des IPS. Ses connaissances du rôle, du réseau de la santé et sa proximité avec les IPS en font un allié d'intérêt	L'AIPSQ recommande que des représentantes (1 ou 2) de son conseil d'administration qui, rappelons-le, n'a aucune visée syndicale, mais bien la connaissance du rôle des IPS, siègent à titre de membres ou comme conseillers permanents au comité consultatif
Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)	8 2 [...] amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Le médecin ou l'infirmière peut alors la mettre sous	Est-il possible qu'une IPS d'une autre spécialité, qui travaille en région éloignée ou dans un territoire où il y a peu de relève médicale et où il n'y a pas d'IPSSM, puisse mettre une personne sous garde préventive?	Si la réponse est oui, il faudrait alors dire « l'infirmière praticienne spécialisée ». Effectivement, si une IPSSM est disponible dans le milieu de consultation, ou un médecin, c'est eux qui feront l'intervention

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
	garde préventive conformément à l'article 7.		
Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)	12 - La garde prend fin sans autre formalité: 1° qu'elle n'est plus justifiée est délivrée par le médecin traitant ou par l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale[...]ayant procédé à la mise sous garde	idem	idem
	17 Toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ou l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale ayant procédé à la mise sous garde ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications.	idem	idem

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
	L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire. [...]		
Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2)	73 - La Société peut exiger d'une personne [...]	S'assurer que la Société nomme les IPS si jamais ce libellé est modifié suite aux consultations	Si « professionnel de la santé » demeure, nous comprenons que ça inclut l'IPS
Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)	8 2 [...] amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale. Le médecin ou l'infirmière peut alors la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7	Est-il possible qu'une IPS, qui travaille en région éloignée ou dans un territoire où il y a peu de relève médicale et où il n'y a pas d'IPSSM, qu'une IPS d'une autre spécialité puisse mettre une personne sous garde préventive?	Si la réponse est oui, il faudrait alors dire « l'infirmière praticienne spécialisée » en l'absence d'un médecin ou d'une IPSSM

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001)	12 - La garde prend fin sans autre formalité: 1° qu'elle n'est plus justifiée est délivrée par le médecin traitant ou par l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale [...] ayant procédé à la mise sous garde	idem	idem
	17	idem	idem
chapitre S-5, r. 5 Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris	26. Une personne est admise dans un centre hospitalier de soins de courte durée à la suite d'une demande d'admission écrite, accompagnée d'un diagnostic provisoire et faite par un médecin, ou un dentiste, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement et agissant dans les limites de ses privilèges. Le médecin ou le dentiste au nom de qui le bénéficiaire est	• Ceci permettrait : - d'accroître l'accès aux soins en temps opportun - d'améliorer la coordination et la continuité des soins, tant dans les hôpitaux que dans la collectivité (comme les soins de longue durée et les soins de santé primaires) - d'améliorer la prestation de soins axés sur le patient et de réduire la fragmentation de l'expérience client	26. Une personne est admise dans un centre hospitalier de soins de courte durée à la suite d'une demande d'admission écrite, accompagnée d'un diagnostic provisoire et faite par un médecin, ou une IPS ou un dentiste, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement et agissant dans les limites de ses privilèges. Le médecin ou le dentiste au nom de qui le bénéficiaire est admis devient le médecin ou le dentiste traitant du bénéficiaire.

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
(chapitre S-5, a. 7, 18.1, 18.2, 70, 70.1, 71.3, 94, 102, 130 et 173).	admis devient le médecin ou le dentiste traitant du bénéficiaire	- d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients - d'améliorer la circulation des patients dans le système et d'accroître l'efficacité de l'hôpital - de réduire les temps d'attente à l'urgence - de diminuer la durée du séjour grâce à une libération rapide - de diminuer les taux de réadmission grâce à la planification des congés - d'optimiser l'utilisation des ressources humaines en santé et les compétences des IPS - d'améliorer la collaboration interprofessionnelle - d'utiliser les ressources en soins de santé de l'Ontario de façon plus efficace et efficiente	
	30. Dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin ou le dentiste traitant.		30. Dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin ou l'IPS ou le dentiste traitant.
	38. Dans un centre hospitalier offrant des soins de longue durée, le congé d'un bénéficiaire recevant de tels soins doit être signé par le médecin traitant.		38. Dans un centre hospitalier offrant des soins de longue durée, le congé d'un bénéficiaire recevant de tels soins doit être signé par le médecin traitant ou l'IPS.

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
	88. Le conseil d'administration d'un centre hospitalier accorde à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien l'un des statuts suivants, sur la recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens: 1° actif; 2° associé; 3° conseil; 4° honoraire; 5° résident; 6° (<i>paragraphe abrogé</i>). Lorsqu'un médecin, un dentiste ou un pharmacien jouit d'un statut dans plus d'un centre hospitalier, il doit en informer le conseil d'administration de chaque centre. D. 1320-84, a. 88; D. 130-89, a. 4.	Il est essentiel de positionner le rôle de l'IPS au sein du conseil qui régit les droits de pratique médicale qui la concerne également afin d'avoir un droit de regard et une influence sur sa pratique professionnelle. Elle doit pouvoir représenter le groupe d'IPS au sein de ce comité décisionnel.	88. Le conseil d'administration d'un centre hospitalier accorde à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien ou une IPS l'un des statuts suivants, sur la recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens: 1° actif; 2° associé; 3° conseil; 4° honoraire; 5° résident; 6° (<i>paragraphe abrogé</i>). Lorsqu'un médecin, un dentiste ou un pharmacien jouit d'un statut dans plus d'un centre hospitalier, il doit en informer le conseil d'administration de chaque centre. D. 1320-84, a. 88; D. 130-89, a. 4.

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
	91. Le statut de membre conseil est accordé à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien reconnu pour sa compétence et son rayonnement professionnel dans une discipline et qui participe, sur demande de consultation, aux activités médicales, dentaires ou pharmaceutiques du centre hospitalier.		91. Le statut de membre conseil est accordé à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien ou une IPS reconnue pour sa compétence et son rayonnement professionnel dans une discipline et qui participe, sur demande de consultation, aux activités médicales, dentaires ou pharmaceutiques du centre hospitalier.
chapitre S-32.0001 Loi concernant les soins de fin de vie	29. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit: 1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment: a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures; [...] 2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;	Ainsi, il faudrait ajouter au projet de loi 43 cet acte tel que libellé dans la Loi médicale : 12° administrer le médicament ou la substance permettant à une personne en fin de vie d'obtenir l'aide médicale à mourir dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001). Tiré de la Loi médicale	29. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin ou l'IPS doit: 1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment: a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures; [...] 2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
	3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.		3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.
	30. Si le médecin conclut, à la suite de l'application de l'article 29, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès Si le médecin conclut toutefois qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit informer la personne qui la demande des motifs de sa décision		30. Si le médecin ou l'IPS conclut, à la suite de l'application de l'article 29, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès Si le médecin ou l'IPS conclut toutefois qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit informer la personne qui la demande des motifs de sa décision
	34. Le médecin qui fournit la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son		34. Le médecin ou l'IPS qui fournit la sédation palliative continue ou l'aide médicale à mourir à titre de médecin exerçant sa profession dans un centre exploité par un établissement doit, dans les 10 jours de son administration,

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
	administration, informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations d'un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile. [...]		informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens duquel il est membre, que ce soin soit fourni dans les installations d'un établissement, dans les locaux d'une maison de soins palliatifs ou à domicile. [...]
Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29, a.69)	22. Les services mentionnés sous cette section ne doivent pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi: [...] t) tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme, à moins que le service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier et sur la recommandation du chef du département clinique responsable des services de transsexualisme à l'Hôtel-Dieu de Montréal ou à l'Hôpital général de Montréal, ainsi que sur la recommandation d'un psychiatre		[...]tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme, à moins que le service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier et sur la recommandation du chef du département clinique responsable des services de transsexualisme à l'Hôtel-Dieu de Montréal ou à l'Hôpital général de Montréal, ainsi que sur la recommandation d'un psychiatre ou d'un infirmière praticienne spécialisée en santé mentale exerçant dans un de ces 2 centres hospitaliers;

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
	exerçant dans un de ces 2 centres hospitaliers;		
INESSS (2016)	La détermination du niveau de soins est sous la responsabilité du médecin et est basée sur une évaluation individualisée et rigoureuse de la condition médicale actuelle et du pronostic exprimé en matière de morbidité et de réversibilité, d'une part, et de répercussions sur la qualité de vie et l'autonomie telles qu'appréciées par le patient, d'autre part.	Sauf l'INESSS, il semble exister un flou législatif par rapport à la détermination du niveau d'intervention médicale (NIM). Or, le guide de l'INESSS semble prévaloir. Cependant, selon un rapport publié par le CMQ (2005) où il est mentionné que : « Le niveau d'intervention médicale (NIM) <u>fait partie du traitement médical</u> et, à ce titre, relève de l'exercice de la médecine, tel que prévu à l'article 31 de la Loi médicale où l'on mentionne notamment que le médecin a comme activité réservée de « déterminer le traitement médical » et « prescrire le traitement médical ». Prescrire un traitement est une activité réservée en exclusivité au médecin, activité qui n'est partagée avec aucun autre	La détermination du niveau de soins est sous la responsabilité du médecin ou de l'IPS et est basée sur une évaluation individualisée et rigoureuse de la condition médicale actuelle et du pronostic exprimé en matière de morbidité et de réversibilité, d'une part, et de répercussions sur la qualité de vie et l'autonomie telles qu'appréciées par le patient, d'autre part.

Loi ou Règlement visé	Libellé tel que proposé par le gouvernement dans le projet de loi 43	Commentaires	Recommandation de l'AIPSQ
		professionnel, tout comme établir un diagnostic. » Or, si ces activités sont autorisées aux IPS, il est surprenant qu'encore aujourd'hui cette dernière ne puisse remplir la feuille de NIM de ces patients.	
	La discussion est un échange d'information entre le médecin qui expose dans un langage accessible les éléments diagnostiques et pronostiques ainsi que les options de soins médicalement appropriés avec leurs chances de succès et leurs risques, et le patient ou son représentant qui exprime des besoins et des attentes en rapport avec un projet de vie		La discussion est un échange d'information entre le médecin ou l'IPS qui expose dans un langage accessible les éléments diagnostiques et pronostiques ainsi que les options de soins médicalement appropriés avec leurs chances de succès et leurs risques, et le patient ou son représentant qui exprime des besoins et des attentes en rapport avec un projet de vie

(AIPSQ, 2019d)

Recommandation 8 : Permettre aux IPS d'administrer l'aide médicale à mourir.

Recommandation 9 : Permettre aux IPS de déterminer le niveau de soin.

p.15-16 :

Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

CHAPITRE II

DOSSIER DE L'USAGER

17. Tout usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier. Toutefois, l'établissement peut lui en refuser l'accès momentanément si, de l'avis de son médecin ou infirmière praticienne spécialisée traitant(e) ou du médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée désigné(e) par le directeur général de l'établissement, la communication du dossier ou d'une partie de celui-ci causerait vraisemblablement un préjudice grave à la santé de l'usager. Dans ce cas, l'établissement, sur la recommandation du médecin, détermine le moment où le dossier ou la partie dont l'accès a été refusé pourra être communiqué à l'usager et en avise celui-ci.

p. 16 :

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX POUR LES AUTOCHTONES CRIS

—Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris

SECTION I

ENREGISTREMENT, INSCRIPTION OU ADMISSION

20. Une personne est enregistrée dans un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires lorsque, à la suite d'une ordonnance d'un médecin, d'une infirmière praticienne spécialisée ou d'un dentiste, elle y reçoit des services externes pour fins de diagnostic médical ou dentaire.

CONCLUSION

Les infirmières praticiennes spécialisées sont des professionnelles de haut niveau formées pour assurer une prise en charge globale de patients avec des besoins complexes, qui inclut l'acte de poser des diagnostics en fonction de leurs connaissances individuelles, de leurs compétences et de leur jugement professionnel. Les IPS au Canada et au Québec offrent des soins de qualité, sécuritaires et appréciés de la population. Elles utilisent judicieusement les données probantes en constante évolution pour appuyer leurs décisions. Elles s'intègrent dans des équipes interprofessionnelles et collaborent avec tous les acteurs du réseau au service des patients.

L'IPS a la formation, les compétences, les habiletés et le jugement clinique essentiels pour poser un diagnostic et référer au moment opportun, et ce, sans restriction sur les champs dans lesquels elle peut pratiquer. Rappelons-nous que depuis, 15 ans, les IPS du Québec réfèrent et consultent au moment opportun.

Pour optimiser leur capacité de faire une différence réelle dans le système de santé, leur nombre ne suffit pas : elles doivent exercer à la pleine étendue de leur pratique sans restriction inutile. À cet effet, le Québec accuse un retard certain sur les autres provinces canadiennes. Le projet de loi 43 vient remédier à ce problème. Pour avoir l'effet escompté sur les services, le projet de loi 43 doit créer une nouvelle législation souple, sans ambiguïté et sans contrainte dans l'objectif de créer un réseau de santé solide et unique au Québec où le décloisonnement professionnel est axé sur la mobilisation entière du champ de compétence de chacun au profit de la population. En particulier, l'accès aux soins pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale doit être amélioré et non réduit. L'AIPSQ a confiance que le gouvernement actuel va garantir le déploiement efficient des IPS en votant une législation en parité avec les autres provinces et territoires canadiens.

La Coalition Avenir Québec a été élue en octobre 2018 avec la volonté explicite d'améliorer l'accès aux soins de santé de la première ligne et de décloisonner la pratique médicale pour permettre aux professionnels de la santé d'utiliser toutes leurs compétences pour répondre aux besoins de santé de la population québécoise. Les autres partis politiques siégeant actuellement à l'Assemblée nationale du Québec ont aussi pris des engagements en ce sens, se positionnant favorablement pour une utilisation à leur plein potentiel et à hauteur des compétences des IPS.

Le projet de loi 43 étant aujourd'hui à l'étude, il convient de saisir pleinement l'opportunité.

RÉFÉRENCES

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée, un cadre pancanadien. Repéré à <https://cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée – Un cadre pancanadien, annexe B.
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019a). Tableau 1. Classes de spécialité d'IPS au Québec et année d'apparition de la classe (inédit).
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019b). Tableau 2. Milieux de pratique par classe de spécialité (inédit).
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019c). Tableau 3 Avantages de permettre l'admission des patients à l'hôpital par des IPSNN, IPSSM (2e et 3e ligne), IPPSA et IPSSP. (inédit). Source : <http://nptoolkit.rnao.ca/why-nps/practice-elements>
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019d). Tableau 4. Modifications proposées par l'AIPSQ dans le projet de loi 43. Source : projet de loi 43.
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019e). Tableau IV. Types de clientèle suivies par les IPS au Québec (inédit).
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019f). Tableau V. L'expérience canadienne. Source : Lenora Brace, présidente Nurse practitioner association of Canada (NPAC), Claudia Mariano, Nurse practitioner association of Ontario (NPAO). Stan Marchuk, Membership Director Nurse practitioner association of Canada (NPAC)
- Brugha, R., Marlais, M., & Abrahamson, E. (2016). Chapitre 2 : Examen. *Examen Clinique Pédiatrique*. Paris, France : Éditions Maloine. (pp. 11-17).
- Coalition Avenir Québec. (2018) Orientations de la CAQ en santé : Pour un réseau plus accessible, efficace et décentralisé. Repéré à <https://coalitionavenirquebec.org/fr/blog/2018/05/26/orientations-de-la-caq-en-sante-pour-un-reseau-plus-accessible-efficace-et-decentralise/>
- CCORPI. (2015) Compétences des infirmières praticiennes de niveau débutant au Canada.
- Code de déontologie des médecins, RLRQ, chapitre M-9, r. 9.
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H., Binette, S. (2018). Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : Enjeux d'optimisation du rôle, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé. Récupéré à <https://www.ciuss-s>

- Contandriopoulos, D. Perroux, M. Lardeux, A. Bégin, M.-C. Chiasson, A. Clément, S. de Belleville, D. Lamothe, L. Moyse, S. Paré, M. Radermaker, M. (2017). La pratique des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Canada, Montréal. Chaire de recherche Pocosa.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kioke, S., Carter, N., Harbman, P., Bourgeault, I., & DiCenso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(special edition), 189-210.
- Duhoux, A., Stake-Doucet, N., Lachapelle, Karine., (2017). Résultats. Enquête sur les conditions de pratique des infirmières praticiennes spécialisées au Québec.
- Durand, S. & Maillé, M. (2013). Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise, p. 24. OIIQ : Auteur. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>
- Durand, S., Maillé, M. (2015). Rôle et responsabilités de l'IPSPL en centre d'hébergement. OIIQ. Montréal.
- Ferlatte, C-A. (2018). Contribution des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans le suivi des patients atteints de maladies. Étude de cas. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières Université Laval Québec, Québec.
- Guillaumie, L, Therrien, D., Bujold, L. Pelletier, J., Bujold, L. & Lauzier, S. (2019). Perspective of Quebec Primary Health Care Nurse Practitioners on their role and challenges in Chronic Disease Management: A qualitative Study. *Canadian Journal of Nursing*.
- Halter, J. B., Ouslander, J.G., Studenski, S., P.High, K., Asthana, S., Supiano, M. A., Ritchie C. (2017). Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology (7^e ed.). New-York : McGraw-Hill Education Medical.
- Hurlock-Chorostecki, C. et McCallum, J. (2016). Nurse practitioner role, values in hospital; new strategies for hospital leaders. *Nursing Leadership*, 29 (3), p.82-92.
- I-8, r. 15.1 – Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux). Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%2015.1/>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2018). Le personnel infirmier réglementé, 2017: tableaux de données sur les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes. Ottawa : Auteur.
- Kilpatrick, k., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J.A » Lamothe, L. Doran, D & Rochefort, C. (2012). How are acute care nurse practitioners enacting their role in health care team? A descriptive multiple case study. *International Journal of Nursing studies*, 49. 850-862.

- Kilpatrick, K., Hains, S., Tchouaket, E., & Jabbour, M. (2017, 4 octobre). Implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec : Projet Vitrine. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 27 pages.
- Kilpatrick, K., Jabbour, M., Tchouaket, E., Acorn, M., Donald, F., & Hains, S. (2019). Implementing primary healthcare nurse practitioners in long term care teams: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13962>.
- Klaasen, K., Lamont, L. et Krishnan, P. (2009). Une nouvelle norme de diligence dans les maisons de soins infirmiers. *Infirmière canadienne*, 10 (9), 22-28.
- Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., Ganz, F., East, L., Fraser, D., Wong, F. et Beauchesne, M. (2014). Addressing issues impacting advanced nursing practice worldwide. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2), Manuscript 5.
- Kuo, Y.-F., Loresto, F. L., Rounds, L. R., & Goodwin, J. S. (2013). States with the least restrictive regulations experienced the largest increase in patients seen by nurse practitioners. *Health affairs (Project Hope)*, 32(7), 1236. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0072.
- Laliberté, C., Levasseur, I., Roussy, C., Trudel, C., et coll. (2019), Tableau C. Milieux de pratique des IPS par classe de spécialités. Extrait - Portrait du rôle actuel des IPS du Québec. AIPSQ (inédit)
- Little, L. et Reichert, C. (2018). Développer le potentiel inexploité des infirmières et des infirmiers praticiens au sein du système de santé du Canada : Conclusions de l'étude pancanadienne de la FCSII sur la rétention et le recrutement des infirmières et des infirmiers praticiens. Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. (2009). c. 28, en ligne : Éditeur officiel du Québec repéré au <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Projet de loi n° 90 (2002). ch. 33.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, chapitre I-8), Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, chapitre I-8). (La ministre de la Justice est responsable de l'application de la présente loi. Décret 919-2019 du 4 septembre 2019, (2019) 151 G.O. 2, 3975).
- Maier C., L. Aiken L. et Busse R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No 98, OECD. Publishing, Paris. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>.
- Martin Misener, R., Donald, R., Kilpatrick, K., Bryant-Lukosius, D., Rayner, J., Landry, V., Viscardi, V., McKinlay, R. J. (2015). Benchmarking for nurse practitioner patient panel size

and comparative analysis of nurse practitioner pay scales: Update of a scoping review.

Repéré à

https://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/np_panel_size_study_updated_scoping_review_report.pdf.

Martinez-Gonzalez, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., et coll. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14, 214.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de service : Guide de pratique clinique. Repéré à

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002409/>

Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martin-Santos, F. J., et coll. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290-307.

Nova Scotia College of Nursing (NSCN). (2019). Nurse Practitioner Information Sheet. Repéré à :

<https://www.nscn.ca/professional-practice/practice-support/practice-support-tools/nurse-practitioner-practice-nova-scotia/np-practice-information-sheet>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015). Rôle et responsabilités de l'IPSP en centre d'hébergement. Repéré à : www.oiiq.org

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 3e édition. p.79.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ) (2019a). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne – Lignes directrices. Repéré à www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ) (2019b). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes – Lignes directrices. Repéré à www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ). (2019c). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques – Lignes directrices. Repéré à www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ) (2019d). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale – Lignes directrices. Repéré à www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ) (2019e). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie – Lignes directrices. Repéré à www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (OIIQ et CMQ). (2019f, octobre 9). Dépôt du projet de loi n° 43 : les IPS pourront diagnostiquer certaines maladies selon leur spécialité Une avancée historique pour l'accès aux soins. Communiqué de presse. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/depot-du-projet-de-loi-no-43-les-ips-pourront-diagnostiquer-certaines-maladies-selon-leur-specialite?inheritRedirect=true&redirect=%2Fen%2Fmedias%2Fcommuniques-de-presse>

Pirret, A.M., S.J. Neville, and S.J. La Grow. Nurse practitioners versus doctors diagnostic reasoning in a complex case presentation to an acute tertiary hospital: A comparative study. *International Journal of Nursing Studies*, 2015. 52(3): p. 716-726

Qureshi, Z. (2017). The Unofficial Guide to Paediatrics. London, United Kingdom. Zeshan Qureshi editions.

Ratté, F., Thériault, J. F. & Collin, I. (2017). Chapitre 14 : Le questionnaire et l'examen pédiatrique. Démarche clinique (pp. 540-591). Québec, Canada : *Les Presses de l'Université Laval*.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2019) Admission to hospital by nurse practitioners: Practice elements. Repéré à <http://nptoolkit.rnao.ca/why-nps/practice-elements>

Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée. Loi sur les infirmières et infirmiers. RLRQ, chapitre I-8, r. 8.

Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, D. 84-2018, (2018) 150 G.O. II, 900. (selon les lignes directrices IPSPL de l'OIIQ).

Roots, A. et MacDonald, M. (2014). « Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: A mixed methods study ». *Human Resources for Health*, 12, 2-11.

Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. et Burge, F. (2013). A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: What happens when new roles are introduced ? *BMC Nursing, London*, 12, 1.

Swan M., Ferguson S., Chang, A. et coll. (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27, 396-404.

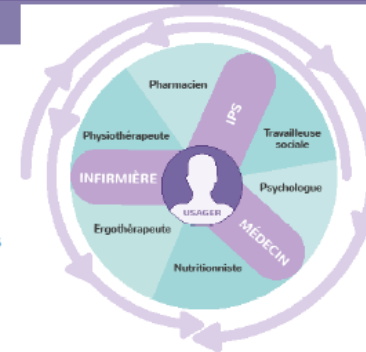
Tsiachristas, A., Wallenburg, I., Bond, C. M. et coll. (2015). Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health Policy*, 119, 1176-87.

ANNEXE A

Quel est le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS)?

L'IPS :

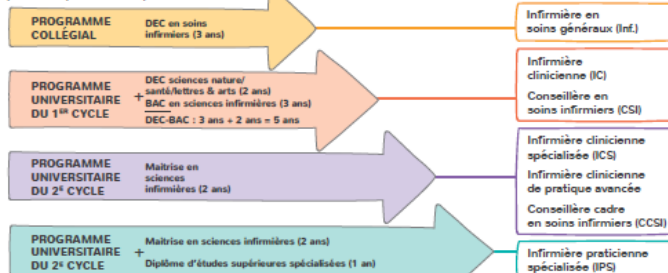
- effectue une **évaluation globale de l'état de santé** selon la pratique infirmière avancée;
- exerce des activités médicales qui permettent de **prescrire des médicaments**, des **examens diagnostiques** et d'effectuer **certains traitements médicaux**;
- détient des **connaissances avancées en physiopathologie** et en **pharmacologie** pour réaliser une démarche de **raisonnement clinique** par hypothèses diagnostiques;
- travaille en collaboration Interprofessionnelle au sein d'une **équipe** composée de **médecins**, d'**infirmières** et d' de la santé;
- réfère aux médecins partenaires** au moment nécessaire en tenant compte du Règlement sur les IPS et des lignes directrices en vigueur.



Quelle est sa formation?

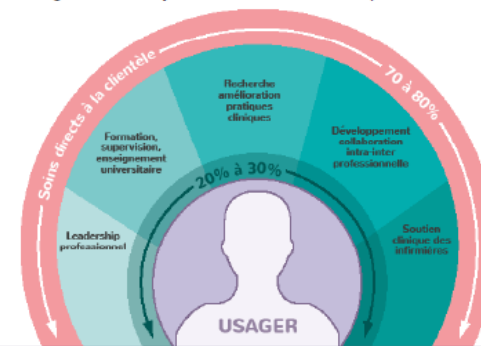
L'IPS est une **infirmière autorisée** qui :

- détient une **formation universitaire de deuxième cycle**;
- possède déjà une **expérience clinique minimale de 2 ans** auprès de la clientèle visée par la spécialité qu'elle a choisie.



Quelles sont les compétences de l'IPS?

Selon sa spécialité, elle assure le **suivi** et la **prise en charge** auprès d'une **clientèle de tout âge** présentant des **problèmes de santé courants, aigus ou chroniques** dont le niveau de complexité varie.



Cette fiche découle des pistes d'action de la recherche de l'équipe RIPOST sur les enjeux d'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et de son plan de rayonnement.

Vous pouvez consulter le rapport au <https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/les-facteurs-contributifs-loptimisation-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticienne-specialisee-en>

Quels sont les classes de spécialités?

Au Québec, l'IPS peut se spécialiser dans 5 domaines :

- 1 Néonatalogie (IPSN)
- 2 Première ligne (IPSPL)
- 3 Santé mentale (IPSSM)
- 4 Soins aux adultes (IPSSA)
- 5 Soins pédiatriques (IPSSP)

Qu'est-ce qui différencie l'IPS du médecin?



Quelles sont les 5 activités médicales réservées?

Elles réalisent cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins, soit :

-  **Prescrire des examens diagnostiques** (radiographie, échographie, tomodensitométrie, prélèvement sanguin, prélèvement pour une culture [exemple : gorge]);
-  **Prescrire des médicaments et d'autres substances** (produits sanguins);
-  **Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice** (examen gynécologique, toucher rectal, ponction de liquide synovial);
-  **Prescrire des traitements médicaux** (cryothérapie);
-  **Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice** (points de suture, installation du stérilet).

Références

- AIPSQ. (2019). Formations requises. Récupéré de <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/formations-requises>
- AIPSQ. (2019). Devenir IPS. Récupéré de <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/devenir-ips>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien. Ottawa, ON
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). INFIRMIERES ET INFIRMIERS PRATICIENS (IP) : Une ressource inexplorée. Récupéré de https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/infirmieres-et-infirmiers-praticiens_une-ressource-inexploitee.pdf?la=fr&hash=87228772BDAD4CC9CEE2155F7719CEE2BF4263B5
- Collège des médecins du Québec. (2019). Pour un partenariat réussi MD-IPS guide à l'intention du médecin. Montréal, QC. récupéré de <http://www.cmq.org/publications/pdf/p-1-2019-02-18-fr-partenariat-reussi-md-ips.pdf>
- OLIQ et CMQ. (2018). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Lignes directrices. Montréal, QC récupéré de <https://www.oliq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSPL-web.pdf/e687717b-ab24-e4f1-3003-3dc6d738a410>
- Projet IPSPL info (2014). Fiche d'information sur la définition des rôles : La définition des rôles, un élément indispensable de l'intégration des IPSPL. Montréal. (octobre 2014). www.ipspl.info

ANNEXE B

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

Tableau I : Nombre comparatif d'heures d'enseignement théorique dans les programmes de formation au Canada⁷

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

Tableau II: Nombre comparatif d'heure d'enseignement clinique dans les programmes de formation au Canada⁷

Province	Enseignement clinique (heures)
Québec (toutes les universités)	910 à 980
Manitoba (<i>University of Manitoba</i>)	800
Colombie-Britannique (<i>University of British Columbia</i>)	794
Ontario (<i>University of Toronto</i>)	730
Alberta (<i>University of Calgary</i>)	720
Nouvelle-Écosse (<i>University of Dalhousie</i>)	700
Nouveau-Brunswick (<i>University of New-Brunswick</i>)	700
Nouveau-Brunswick (<i>University of Moncton</i>)	700
Terre-Neuve (<i>University of Newfoundland</i>)	596
Alberta (<i>University of Alberta</i>)	400 à 600
Ontario (diplôme en soins de santé primaires)	416

⁷ Durand, S. & Maillé, M. (2013). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*, p. 24. OIIQ : Auteur. Extrait le 29 mai 2017 de l'adresse <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>

ANNEXE C

Tableau III : Milieux de pratique des IPS par classe de spécialités

Classes de spécialités	IPSNN	IPSSM	IPSSA	IPSSP	IPSPL
Milieux de pratique	▪ Soins intensifs néonataux ▪ Soins intermédiaires ▪ Transport néonatal ▪ Salle d'accouchement ▪ Unité anténatale (OIIQ et CMQ, 2019e)	▪ GMF ▪ UMF ▪ CLSC ▪ Centre de dépendance ▪ SAD ▪ Urgence ▪ Cliniques externes de psychiatrie ▪ Ressources intermédiaires ▪ Unités d'hospitalisation ▪ Unité de psychiatrie spécialisée ▪ Pédopsychiatrie (OIIQ et CMQ, 2019d)	Services de cardiologie et de chirurgie cardiaque : ▪ Soins de courte durée ▪ Soins intermédiaires ▪ Clinique ambulatoire spécialisée de cardiologie ▪ Cliniques de relance ▪ Unité coronarienne (soins intensifs) ▪ Urgence Services de néphrologie : ▪ Hémodialyse, pré-dialyse ▪ Dialyse péritonéale ▪ Service de greffe rénale Centres satellites : ▪ Hémodialyse Autres domaines de la spécialité à venir (OIIQ et CMQ, 2019b)	Départements hospitaliers : ▪ Soins intermédiaires pédiatriques ▪ Soins intensifs pédiatriques ▪ Soins palliatifs ▪ Cliniques externes ▪ Urgence ▪ Cliniques spécialisées (soins complexes, gestion de la douleur) ▪ Services complexes à domicile (OIIQ et CMQ, 2019c)	▪ CLSC ▪ GMF ▪ UMF ▪ GMF-R ▪ Dispensaires ▪ SAD ▪ CHSLD ▪ Urgence ▪ Cliniques de réfugiés ▪ Centres de détention ▪ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (OIIQ et CMQ, 2019a)

Laliberté, Levasseur, Roussy, Trudel et coll. (2019)

Légende :

CHSLD : Centres d'hébergement et de soins de longue durée; **CLSC** : Centres locaux de services communautaires; **GMF** : Groupe de médecine familiale; **GMF—R** : Groupe de médecine familiale réseau (sans rendez-vous); – **Dispensaires** : nord du Québec; **SAD** : Soins à domicile; **UMF** : Unité de médecine familiale; **Urgence** : Clientèle jugée urgente

ANNEXE D

Tableau IV : Types de clientèle suivis par les IPS

Classes de spécialités	IPSNN	IPSSA	IPSPL	IPSSM	IPSSP
Type de clientèle	Nouveau-nés, prématurés ou à terme	Adultes, aînés	Nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes, aînés	Personnes de tous les âges présentant des troubles de santé mentale ou risquant d'en présenter	Clientèle pédiatrique
	Problèmes de santé complexes : chroniques, aigus ou critiques	Problèmes de santé complexes : chroniques, aigus ou critiques	Problèmes de santé simples à complexes qui peuvent se gérer en 1 ^{re} ligne, problèmes de santé chroniques ou aigus	En 1 ^{ère} ligne : identique aux IPSPL En 2 ^e et 3 ^e lignes : Problèmes de santé complexes chroniques, aigus ou critiques	Problèmes de santé complexes chroniques, aigus ou critiques

(AIPSQ, 2019e) (OIIQ et CMQ 2019a,b,c,d,e)

ANNEXE E

TABLEAU V : L'expérience canadienne

PROVINCE	NOUVELLE-ÉCOSSE	ONTARIO (INÉDIT – COMPLÉTÉ PAR NPAO)	COLOMBIE-BRITANNIQUE
Depuis quelle année, les IPS posent les diagnostics	2000	Environ 1995	2005
Depuis quelle année, elles prescrivent les médicaments librement	En 2000, elles avaient une liste et depuis, elles prescrivent librement en fonction de leur connaissance	1991 (The Nursing Act) 19 avril 2017 – médicaments et substances contrôlés	2005
Restriction dans les droits de prescriptions : Oui ou non a) Médicaments b) Analyses de laboratoire c) Imagerie	a) Aucune restriction b) Aucune restriction à moins que l'ordonnance soit réservée à un médecin spécialiste c) Aucune restriction à moins que l'imagerie soit réservée à une spécialité	a) Aucune restriction b) Aucune restriction c) Aucune restriction sauf la tomodensitométrie et la résonance magnétique. Sera permis à partir de 2020.	a) Aucune restriction b) Aucune restriction c) Aucune restriction À la lecture des limitations en lien avec les différents types de prescription, on note des formations obligatoires par exemple pour prescrire la méthadone sinon, il n'y a pas de restrictions pures outre le Botox à des fins esthétiques.

PROVINCE	NOUVELLE-ÉCOSSE	ONTARIO (INÉDIT – COMPLÉTÉ PAR NPAO)	COLOMBIE-BRITANNIQUE
Critères de références obligatoires aux médecins avec qui vous travaillez	Aucune restriction ni aucun critère spécifique de référence	Aucun, l'IPS réfère selon les besoins du patient comme le font les médecins de famille envers les médecins spécialistes	Aucune restriction ni aucun critère spécifique de référence
Critères qui déterminent les maladies que vous pouvez diagnostiquer	No, we have open authority to diagnose within our individual knowledge, skill, and judgement Non, nous avons l'autorité de diagnostiquer selon nos connaissances individuelles, nos compétences et notre jugement	L'IPS est autorisée à poser un diagnostic selon son propre niveau de connaissance, ses compétences et son jugement	Aucun critère ne détermine la maladie à diagnostiquer, l'IPS est autorisée à poser tous les diagnostics de manière autonome
Liens vers la réglementation ou les normes	https://www.nscn.ca/ https://www.nscn.ca/professional-practice/practice-support/practice-support-tools/standards-practice/nurse-practitioner-standards-practice https://www.nscn.ca/professional-practice/practice-support/practice-support-tools/entry-level-competencies/entry-level-competencies	https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41038_strdrnec.pdf http://cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/nurse-practitioners/	BC College of Nursing Professionals – Nurse Practitioner Scope of Practice. https://www.bccnp.ca/Standards/RN-NP/StandardResources/NP_ScopeofPractice.pdf Nurses (Registered) and Nurse Practitioner Regulation http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/284_2008

PROVINCE	NOUVELLE-ÉCOSSE	ONTARIO (INÉDIT – COMPLÉTÉ PAR NPAO)	COLOMBIE-BRITANNIQUE
	competencies-nurse-practitioners-canada https://www.nscn.ca/professional-practice/practice-support/practice-support-tools/nurse-practitioner-practice-nova-scotia/np-practice-information-sheet https://novascotia.ca/news/release/?id=20190605001		Health Professions Act – Part 2 most relevant part. http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/96183_01#part2 BC College of Nursing Professionals – Bylaws https://www.bccnp.ca/bccnp/Documents/BCCNP_bylaws_consol_3.pdf
Restriction dans le suivi des troubles de santé mental?	Aucune	Aucune	Seule restriction actuellement pour les troubles de santé mentale est de ne pas être en mesure de certifier un patient en vertu de la Loi sur la santé mentale. Par contre, il n'y a aucune restriction en ce qui concerne poser un diagnostic pour un trouble de santé mentale.
Autre information		British Columbia is more advanced in some ways than Ontario, as NPs there have had the authority to order CT/MRI for several years, while we are only getting this in Ontario next year. They also had the authority to order controlled drugs before Ontario did. We don't think any other province faces the restrictions on	

PROVINCE	NOUVELLE-ÉCOSSE	ONTARIO (INÉDIT – COMPLÉTÉ PAR NPAO)	COLOMBIE-BRITANNIQUE
		prescribing and diagnosing that exists in Quebec	

(AIPSQ, 2019f)

ANNEXE F



Lettre d'appui de la présente démarche de l'AIPSQ de la part de Josette Roussel, conseillère exécutive à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

8 novembre 2019

L'intégration du rôle de l'infirmière et infirmier praticien (IP) au Canada a connu une progression significative, mais les IP continuent de se heurter à certains obstacles (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2016a, 2019). On retrouve les IP dans un plus large éventail de contextes, de secteurs et de modèles de soins (Institut canadien d'information sur la santé, 2019, AIIC, 2016b). Des chercheurs canadiens ont constaté que le rôle des IP est davantage renforcé par une législation et réglementation moins restrictives et reflétant les compétences de l'IP (Donald et coll., 2010). C'est pourquoi on a constaté depuis les 10 dernières années des changements législatifs dans plusieurs provinces et territoires. Par exemple, les IP peuvent pratiquer de façon plus autonome et sont reconnus dans la révision de politiques et nouvelles législations fédérales. Bien que l'on recense de nombreuses similitudes entre les provinces et les territoires, certaines différences mériteraient d'être harmonisées, notamment en ce qui concerne la formulation d'un diagnostic pour les infirmières et infirmiers praticiens spécialisés du Québec. Les besoins de santé des Canadiens doivent être au cœur de ces décisions et nous devons apporter des changements aux politiques pour combler les besoins en raison du vieillissement et réduire les temps d'attentes élevés pour des soins de santé primaires. Il devient nécessaire de développer un cadre législatif qui s'aligne avec les compétences des infirmières et infirmiers praticiens (IP) et qui demeure flexible aux besoins de santé de notre population canadienne.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est le porte-parole professionnel national et mondial des soins infirmiers au Canada représentant 135 000 infirmières et infirmiers dans les 13 provinces et territoires du Canada. L'AIIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Josette Roussel

Conseillère exécutive à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016a). *L'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : Analyse rétrospective décennale*. Tiré de <https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/linitiative-canadienne-sur-les-infirmieres-et-infirmiers-praticiens-analyse-retrospective-decennale.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016b). Énoncé de position sur l'infirmière praticienne. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée : Un cadre pancanadien. Ottawa : auteur.

Institut canadien d'information sur la santé. (2019). Tableaux de données : Le personnel infirmier au Canada - 2018. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/le-personnel-infirmier-reglemente-2018>.

Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Carter, N.,

Harbman, P., Bourgeault, I., & DiCenso, A. (2010). « The Primary Healthcare Nurse Practitioner Role in Canada ». *Canadian Journal of Nursing*

Leadership, 23(special edition). Tiré de <https://www.longwoods.com/content/22271/nursing-leadership/the-primary-healthcare-nurse-practitioner-role-in-canada>.