

MÉMOIRE
DE LA
FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU QUÉBEC

PROJET DE LOI N^o 43

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

DÉPOSÉ À LA
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

LE 12 NOVEMBRE 2019

Table des matières

Commentaires généraux	4
Les principales observations de la FMRQ quant au projet de loi n° 43	
1. L'article 36.1 : des clarifications s'imposent quant à la définition de maladie courante	5
2. La vérification des compétences des IPS : l'examen de spécialité et la protection du public	7
3. La formation actuelle des IPS	10
4. L'encadrement des IPS sur le plan clinique dans les milieux de formation des médecins résident·e·s	10
En conclusion	11

Mémoire de la FMRQ

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

La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de faire valoir son point de vue relativement au projet de loi n° 43 – *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*. Nous sommes heureux de partager avec vous les constats de notre analyse du projet de loi et nous vous soumettons dans ce qui suit des observations quant aux impacts que pourrait avoir le projet de loi s'il devait être adopté tel que proposé et quelques recommandations visant à préciser certains éléments dans le texte.

La Fédération des médecins résidents du Québec regroupe les associations de médecins résident·e·s des quatre facultés de médecine du Québec, soit 3 600 médecins en formation postdoctorale, qui offrent des services à la population au sein des établissements de santé du Québec. La FMRQ représente tous les médecins résident·e·s au Québec, tant en médecine familiale – qui constitue 25 % de notre *membership* – que dans les autres spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire.

Le parcours professionnel des médecins résident·e·s s'échelonne sur plusieurs années. Après une formation doctorale en médecine de 4 à 5 ans, suit la résidence qui est d'une durée de deux ans en médecine de famille et de 5 à 7 ans dans les autres spécialités. Rappelons que bien que les médecins résident·e·s soient sous la supervision, le plus souvent indirecte, des médecins en exercice, ils ou elles sont directement impliqués dans la dispensation des soins aux patients.

Les médecins résident·e·s œuvrent tant dans les milieux universitaires que dans les installations des régions intermédiaires et éloignées et dans les groupes de médecine familiale, soit les GMF et les GMF-U (universitaires), tant dans les hôpitaux qu'à domicile et ce, dans toutes les régions du Québec. Les médecins résident·e·s travaillent en moyenne 72 heures par semaine, incluant les gardes. Ils et elles évaluent les patients, déterminent leur plan de traitement et prescrivent des médicaments, pratiquent notamment des chirurgies et des accouchements, bref, tout ce que les médecins en pratique dans leur spécialité sont appelés à faire, le tout selon leur niveau de résidence.

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA FMRO QUANT AU PROJET DE LOI N° 43

Commentaires généraux

Tous seront d'accord pour dire que l'élargissement du rôle des IPS, notamment en soins de première ligne, pourrait, si l'exercice est bien fait, augmenter l'offre de services et, par le fait même, l'accessibilité aux soins pour la population québécoise. L'intégration d'un plus grand nombre d'IPS qui privilégient une approche globale de la santé qui tient compte à la fois des dimensions physique, psychologique et sociale, au sein d'équipes médicales, est une très bonne nouvelle en soi, tant pour la population que pour l'efficacité de notre réseau de la santé. Cette approche, notamment en première ligne, pourrait dégager les médecins de famille qui pourront alors répondre à des patients présentant des problèmes de santé plus complexes ou aigus. Tous contribueraient ainsi à réduire le temps d'attente important auquel sont souvent soumis les patients. Nous croyons toutefois que le rôle des IPS doit être plus clairement circonscrit, afin d'éviter la confusion des rôles, soit entre les médecins et les IPS, soit entre les IPS et les médecins résident-e-s dans les milieux de formation.

Par ailleurs, il nous apparaît que malgré l'augmentation du nombre d'IPS dans les années à venir – l'objectif déclaré il y a quelques années se situait entre 2 000 et 2 500 IPS au sein du réseau de la santé – ces nouveaux professionnels ne pourront combler tous les besoins d'une population québécoise croissante et vieillissante.

Plusieurs enjeux globaux très importants découleront de ce projet de loi s'il est adopté et nous ne pouvons pas tous les aborder ici. Mentionnons particulièrement l'encadrement de la future nouvelle pratique des IPS. Par exemple, comment sera gérée la possibilité que des IPS puissent pratiquer dans le privé en facturant directement leurs services à la population tout en prescrivant des examens diagnostiques faits dans le système public. Alors que l'objectif du projet de loi est de faciliter l'accès au système de santé public, pourrions-nous nous retrouver à plutôt favoriser une nouvelle forme de système de santé à deux vitesses ? Quels pouvoirs aura la ministre de la Santé et des Services sociaux pour éviter une telle situation ? Des pouvoirs existent déjà pour limiter une telle chose par les médecins en pratique, comment cela sera-t-il encadré pour les IPS ? Ce ne sont pas des questions abordées par le projet de loi, mais elles sont par ailleurs fort importantes selon nous.

Ceci dit, plus spécifiquement en lien avec le projet de loi proposé, nous avons identifié un certain nombre d'éléments qui ont suscité soit des interrogations, soit des préoccupations du point de vue des médecins résident-e-s, et ce sont ces éléments dont nous souhaitons vous faire part aujourd'hui.

1. L'article 36.1 de la loi : des clarifications s'imposent quant à la définition de maladie courante

Dans un contexte d'augmentation du nombre de maladies pouvant être diagnostiquées et traitées par des IPS, nous sommes d'avis que le concept de "maladie courante" devrait être précisé. Nous comprenons que cela implique que lorsque le patient que l'IPS examine présente des symptômes qui ne répondent pas à une maladie courante, elle ou il devra référer le patient à un médecin, de la même façon que le médecin de famille peut le faire en référant son patient à un autre médecin spécialiste lorsque la condition du patient nécessite une expertise plus poussée.

Ceci dit, le libellé du texte proposé au premier alinéa du 2^e paragraphe de l'article 36.1 nous apparaît problématique pour deux raisons.

D'abord, l'expression « classe de spécialité de **l'infirmière** » est employé plutôt que « **l'infirmière praticienne spécialisée** » comme ailleurs dans le texte, laissant ainsi à penser que des infirmières autres que des IPS pourraient éventuellement exercer ces pouvoirs alors que ce n'est pas l'objectif annoncé du projet de loi.

Ensuite, si le législateur souhaite prévoir un critère d'incidence (ici une incidence « élevée ») pour aider à définir ce qu'est une maladie « courante », cela nous semble faire du sens. Toutefois, on ne voit pas en quoi la suite de la phrase « 1° une incidence élevée en fonction de la classe de spécialité de l'infirmière et, le cas échéant, de son domaine de soins » établit un lien logique. En quoi l'incidence élevée ou non d'une maladie pourrait-elle varier en fonction des caractéristiques de la personne qui serait appelée à la diagnostiquer ? Si l'on souhaite par ces derniers mots établir que la liste des maladies courantes que pourraient être appelées à diagnostiquer des IPS varieront en fonction d'une caractéristique propre à celles-ci (comme leur spécialité ou leur domaine de soins), c'est plutôt au paragraphe 1° du premier alinéa que devrait se retrouver cette importante nuance.

Si tel est le sens recherché, nous proposons le texte suivant:

3. L'article 36.1 de cette loi est remplacé par le suivant :

« 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, **en fonction de la classe de spécialité de l'infirmière praticienne spécialisée et, le cas échéant, de son domaine de soins, des maladies courantes;**

2° prescrire des examens diagnostiques;

3° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;

4° déterminer des traitements médicaux;

5° prescrire des médicaments et d'autres substances;

6° prescrire des traitements médicaux;

7° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice;

8° effectuer le suivi de grossesses normales ou à faible risque.

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 **dans** la classe de spécialité de l'infirmière et, le cas échéant, **dans** 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 irrémédiable. »

2. La vérification des compétences des IPS : l'examen de spécialité et la protection du public

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) est responsable d'assurer la qualité des soins offerts par ses membres. Ainsi, en dotant les IPS du pouvoir de diagnostiquer, une fonction jusque-là essentiellement réservée aux médecins formés pour établir des diagnostics différentiels, on fait de l'OIIQ un ordre professionnel qui aura à surveiller et à éventuellement juger de la qualité de l'exercice de cet acte médical fondamental. Cela semble un peu discordant avec le discours des représentants de l'OIIQ qui ne semblent pas conscients de ce nouveau pouvoir que le législateur propose de leur confier. Présentement, l'article 9 du *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée* prévoit l'obligation, pour l'IPS, de se « présenter à la première session de l'examen (de spécialité) qui suit la date à laquelle elle ou il a obtenu son diplôme (...) ». L'article 10 prévoit par ailleurs que « L'examen de spécialité porte sur les aspects théoriques et cliniques de la classe de spécialité concernée. Il évalue notamment l'intégration et l'application dans diverses situations cliniques des connaissances et des habiletés acquises par l'infirmière, en vue de déterminer si elle est apte à exercer de façon autonome à titre d'infirmière praticienne spécialisée dans la classe de spécialité concernée. ». Or, l'OIIQ semble avoir renoncé d'emblée à l'exercice de ce pouvoir – une chose fort préoccupante pour nous mais qui devrait l'être d'autant plus pour les membres de la Commission – en décidant de remplacer cet examen par un examen plus circonscrit qui n'évalue plus que les connaissances de l'IPS sur les questions d'éthique et de déontologie. Et pour expliquer cette décision dont la rationnelle est difficile à saisir, l'OIIQ écrit (au moment de rédiger ce mémoire) sur son site web :

« Le 6 décembre dernier, le Conseil d'administration (CA) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) entreprenait une démarche de modification réglementaire visant à abolir les examens de spécialités destinés aux IPS.

Ensuite, les partenaires concernés par ce processus, y compris les IPS, ont fait part à l'Ordre de leurs préoccupations quant à l'abolition des examens de spécialités. L'OIIQ a donc décidé d'agir et de revoir son approche afin de faire évoluer ce dossier.

Sans remettre en question le raisonnement sous-tendant sa position initiale, l'Ordre développe un nouveau format d'examen commun à toutes les spécialités. Le CA de l'OIIQ a approuvé les modalités de cet examen qui se tiendra le 29 novembre 2019. Il évaluera non pas les connaissances des candidates infirmières praticiennes spécialisées (CIPS), car, selon l'OIIQ, les universités le font déjà, mais déterminera plutôt si les candidates IPS maîtrisent de façon adéquate les aspects juridiques et déontologiques encadrant leur pratique. »

Avec respect, ce n'est pas le rôle des universités de protéger le public en évaluant si les candidates IPS seront à même de poser cet acte médical fondamental qu'est celui de poser un diagnostic, mais clairement le rôle d'un ordre professionnel. Si l'OIIQ ne se sent pas prête à assumer ce rôle, il faut alors en prendre acte et trouver une solution avant l'adoption du projet de loi ou du moins de son entrée en vigueur. D'ailleurs, cela appelle aussi le questionnement suivant : l'OIIQ compte-t-elle des IPS parmi les membres de ses comités de discipline ? Lorsque les premières plaintes pour mauvais diagnostic surviendront un jour inévitablement à l'encontre d'IPS (comme cela se produit à l'encontre de médecins), les personnes chargées d'enquêter et éventuellement de conclure s'il y a eu un exercice correct de l'acte de diagnostiquer seront-elles des IPS formées pour poser de tels diagnostics ? Le caractère très large du projet de loi qui est proposé ne permet pas de discuter de tels enjeux qui peuvent paraître techniques mais

qui sont, selon nous, plutôt fondamentaux. Il faudra s'assurer que l'OIIQ adopte la réglementation nécessaire, compte tenu de ce que nous avons pu observer quant à l'examen de spécialité.

Mais à ce stade-ci et en attendant les inévitables discussions de réglementation que le projet de loi suppose s'il est adopté, il nous apparaît qu'au minimum, devant le fait de doter les IPS du pouvoir de diagnostiquer, un véritable examen sanctionnel portant notamment sur la capacité de diagnostiquer doit être obligatoire pour les IPS bien que le maintien de l'examen portant sur les aspects déontologiques demeure pertinent. Le maintien de deux examens serait selon nous tout à fait approprié.

En comparaison, les médecins résident-e-s, avant de pouvoir pratiquer la médecine de façon autonome, doivent non seulement avoir réussi leurs examens et évaluations « universitaires », mais ils doivent réussir les importants examens des collèges accréditeurs dont l'examen de certification du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour les médecins résident-e-s ayant complété une résidence en médecine de famille ou celui du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) pour les médecins résident-e-s des autres spécialités. Il faut savoir que la juridiction d'administrer ces examens appartient au Collège des médecins du Québec, mais celui-ci a délégué ce pouvoir, par entente, aux deux organismes canadiens pour faire en sorte d'uniformiser les exigences de pratique de la médecine partout au Canada. Ces examens, qui supposent de longs mois de préparation par les médecins résident-e-s doivent donc être réussis avant qu'ils aient l'autorisation de débiter leur pratique autonome et sont ainsi garants de leurs compétences. Certains spécialistes devront d'ailleurs réussir plus d'un examen s'ils veulent exercer des surspécialités médicales. Un gériatre, par exemple, devra réussir l'examen de médecine interne du CRMCC à sa troisième année de résidence puis ensuite celui de sa surspécialité en gériatrie à la fin d'une formation de cinq ans. Un hémato-oncologue devra réussir trois de ces examens et ainsi de suite.

De plus, les médecins résident-e-s doivent aussi participer à l'activité de formation sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec) qui est obligatoire et constitue un préalable à la délivrance du permis d'exercice par le Collège des médecins du Québec. Nous sommes d'avis que l'on devrait adopter un processus similaire pour les IPS, compte tenu du rôle qu'on souhaite leur confier aujourd'hui, et attendre qu'un examen de spécialité digne de ce nom portant sur les connaissances et habiletés soit réussi avant de leur permettre de pratiquer de façon autonome.

3. La formation actuelle des IPS

On le sait, la formation des médecins et celle des IPS suivent un parcours différent. Diagnostiquer le problème et le traiter ensuite sont deux choses complémentaires mais qui ont toutefois chacune leurs particularités. Si traditionnellement le fait de trop séparer la fonction purement médicale de « diagnostiquer » de la fonction de « soigner » a pu créer des lacunes dans notre système de santé et qu'il vaudrait mieux tendre vers une meilleure harmonisation des deux fonctions, il demeure important de s'assurer autant de la qualité d'un diagnostic que de celle des soins qui en découleront. Ainsi, les IPS bénéficieront-elles d'une formation axée sur le diagnostic différentiel comme cela prévaut pour les médecins ? Selon les informations dont nous disposons, la formation des IPS varie d'une université à une autre. À partir du moment où les IPS seront habilitées à travailler de façon autonome et à poser des diagnostics médicaux qui conditionnent tout le reste des soins dans notre système de santé, il devient important que leur formation soit uniformisée en établissant des objectifs communs, comme c'est le cas en médecine.

4. L'encadrement des IPS sur le plan clinique dans les milieux de formation des médecins résident·e·s

Dans la même veine, il importe de se rappeler que les étudiantes IPS, une fois en stage, sont formées dans les mêmes milieux que les médecins résident·e·s et sont souvent supervisées par ces derniers.

Parfois, par contre, ce sont des médecins en exercice qui les supervisent alors que ceux-ci supervisent déjà les médecins résident·e·s. Dans ces circonstances, nous devons nous assurer, que chacun de ces professionnels ait accès à une diversité et une quantité suffisante d'exposition clinique (voir des cas de patients variés et intéressants en termes de perfectionnement) de même qu'à un superviseur disponible, pour assurer la qualité de leur formation, et ce, malgré le fait que certains milieux soient déjà surchargés.

Cette remarque vaut plus particulièrement maintenant, compte tenu du faible nombre d'IPS pour assurer la formation de leurs futurs collègues et de la nécessité actuelle pour les médecins de superviser les médecins résident·e·s et les externes en médecine en plus des IPS en formation. Clairement, ce rôle de supervision devrait incomber à l'avenir aux IPS déjà en pratique autonome et la situation devrait se stabiliser dans les prochaines années mais, d'ici là, il faudra mettre en place des mesures pour assurer une formation optimale à tous.

Nous souhaitons souligner ici que les objectifs de stage des IPS doivent être communiqués de façon claire aux médecins superviseurs et aux médecins résident·e·s qui assurent, eux aussi, selon le milieu, la supervision des étudiantes IPS. Plusieurs cas nous ont été rapportés où des étudiantes IPS arrivaient dans des milieux où l'on demandait aux médecins et aux médecins résident·e·s de les superviser mais sans qu'aucun objectif de formation ne soient clairement énoncés.

Ces situations méritent d'être corrigées. Nous le soulignons ici parce que c'est un enjeu important pour ces professionnels, mais aussi essentiel au succès de l'implantation des IPS au Québec.

En conclusion

Nous espérons que nos commentaires et recommandations en lien avec le projet de loi n° 43 seront pris en considération par les membres de la Commission.

Nous remercions tous les membres de la Commission de l'invitation faite à la FMRO de commenter le projet de loi et nous demeurons disponibles pour pousser plus loin la réflexion ou contribuer à cette réflexion même une fois que le sort du projet de loi sera scellé.