

MÉMOIRE

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

Le 12 novembre 2019

CSSS – 002M
C.P. – P.L. 43
Loi sur les infirmières
et les infirmiers

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

Un rendez-vous incontournable pour lever des obstacles à
l'accès aux soins pour les Québécois-es en accordant plus
d'autonomie professionnelle aux infirmières praticiennes
spécialisées (IPS)



fiqp

FIQ | SECTEUR PRIVÉ

Avant-propos

i

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé-FIQP représentent 76 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la grande majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente leur expertise prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons. La FIQ et la FIQP se composent d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Témoins privilégiées du fonctionnement du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. En tant qu'organisations syndicales, la FIQ et la FIQP représentent une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles en soins, travailleuses du réseau public et privé, et usagères des services. Elles visent, par leurs orientations et leurs décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Fortes de cette mission, la FIQ et la FIQP se portent à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elles représentent, mais aussi de la population.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
LE DIAGNOSTIC : UN LEVIER ESSENTIEL D'ACCÈS AUX SOINS ET D'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE.....	4
UNE VÉRITABLE AUTONOMIE PROFESSIONNELLE POUR LES IPS	8
D'AUTRES PISTES FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ	10
CONCLUSION	11
LISTES DES RECOMMANDATIONS	13
ANNEXE 1 - Tableau comparatif des activités professionnelles des IPS sous PL 43 par rapport aux IPS au Canada.....	14
ANNEXE 2 - Infirmières et infirmiers praticiens (IP) : Une ressource inexploitée, Association des infirmières et infirmiers du Canada.....	20

Introduction

1

La FIQ et la FIQP représentent la quasi-totalité des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) québécoises (495 IPS en exercice et 115 candidates à l'exercice). De par leur travail avec les IPS depuis leur création au Québec, la FIQ et la FIQP ont développé une connaissance approfondie et pragmatique à la fois des enjeux vécus par ces professionnelles sur le terrain, mais également des obstacles à l'accessibilité aux soins pour les patient-e-s. Un travail avec différents partenaires a été engagé dans les dernières années pour revendiquer davantage d'autonomie et diminuer certains obstacles à la pratique des IPS.

La Loi sur les infirmières et les infirmiers a peu évolué dans la dernière décennie et a fait l'objet de peu de modifications. À titre d'exemple, sa plus récente modification relative aux IPS date de 2002. La FIQ et la FIQP applaudissent les efforts de modernisation de la Loi dans le cadre du projet de loi n° 43, qui découle d'une volonté affirmée de la ministre de la Santé et des Services sociaux de décloisonner certains services médicaux pour favoriser l'accessibilité aux soins pour la population québécoise. Les Fédérations voient d'un très bon œil le rapatriement de l'ensemble des activités des IPS dans la Loi sur les infirmières et les infirmiers, incluant l'ajout de trois nouvelles activités professionnelles pouvant permettre aux IPS de répondre encore davantage aux besoins des patient-e-s.

La FIQ et la FIQP se doivent également de souligner certaines avancées réalisées dans le projet de loi qui répondent à des besoins de la population tout en favorisant une reconnaissance accrue du rôle des IPS, notamment :

- ◆ L'ouverture à ce que les IPS puissent donner le congé aux patient-e-s hospitalisé-e-s dans les établissements de santé pour autochtones cris;
- ◆ L'émission de certificats de retrait préventif pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent;
- ◆ L'élargissement du concept de professionnel dans l'application de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- ◆ La capacité pour les IPS en santé mentale à mettre des patient-e-s sous garde préventive;
- ◆ L'évaluation par les IPS de la capacité à conduire un véhicule en raison de certaines maladies.

Les Fédérations croient qu'il s'agit d'un pas dans la bonne direction et espèrent que ces changements serviront de tremplin pour continuer à potentialiser la pratique des IPS dans le futur. Ceux-ci demeurent somme toute mineurs et axés en partie sur des tâches administratives.

Le projet de loi est certainement une amélioration par rapport à la Loi sur les infirmières et les infirmiers actuelle. Toutefois, pour en mesurer la portée, la FIQ et la FIQP l'ont comparé aux lois professionnelles en vigueur ailleurs au Canada, mais aussi au contexte mondial et aux obstacles à la pratique identifiés par les IPS québécoises. La FIQ a également consulté des IPS de différentes spécialités et de différentes régions du Québec pour obtenir leur point de vue sur le projet de loi. C'est sur ces bases que les Fédérations formulent leurs recommandations concernant le projet de loi afin d'apporter l'éclairage des professionnelles en soins sur les décisions à prendre dans l'intérêt des patient-e-s et de la population.

Force est de constater qu'ailleurs au Canada, le décloisonnement de la pratique des IPS va beaucoup plus loin que ce qui est prévu dans le projet de loi à l'étude, les autres gouvernements provinciaux leur ayant reconnu plus de pouvoirs, plus d'autonomie, et ce, beaucoup plus rapidement qu'au Québec (voir Annexe 1). En conséquence, les patient-e-s ont accès à une gamme plus étendue de services de la part des IPS dans d'autres provinces, et ce, depuis les années 1960 (voir Annexe 2').

Pour la FIQ et la FIQP, il est essentiel que la population québécoise ait également un accès équivalent aux soins de santé dispensés par des IPS, professionnelles essentielles pour répondre à la demande en constante augmentation en soins et services. Qui plus est, le ministère de la Santé et des Services sociaux a comme cible d'atteindre 2 000 IPS au Québec en 2024-2025. Pour atteindre cet objectif d'importance, il va de soi que le gouvernement doit permettre que la pratique professionnelle des IPS québécoises soit attractive et ne soit pas en retard avec celle de leurs consœurs canadiennes.

Le projet de loi est une première étape dans l'encadrement de la pratique des IPS au Québec. Il est prévu qu'un ou des règlements soient adoptés une fois le projet de loi sanctionné et il est fort probable que des lignes directrices émanant de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) suivent également. Ces règlements et lignes directrices à venir vont fort probablement ajouter des conditions et des modalités selon lesquelles les activités des IPS seront mises en œuvre et risquent de venir limiter davantage la portée du projet de loi, si l'on se fie à l'expérience québécoise depuis 2002. Il est donc crucial que le projet de loi dégage suffisamment de marge de manœuvre pour accorder une réelle autonomie aux IPS dans leur contribution à l'accessibilité aux soins et permettre une évolution de la pratique au cours des années afin de répondre aux besoins évolutifs de la population en soins de santé.

Pour la FIQ et la FIQP, le projet de loi est un rendez-vous incontournable pour lever des obstacles à la pratique des IPS, ce qui signifie par conséquent lever ces mêmes obstacles à l'accessibilité aux soins pour les patient-e-s. Dans cet objectif, les Fédérations ciblent dans ce mémoire certains obstacles fondamentaux à l'accès aux soins dans le projet de loi, qu'elles souhaitent voir transformer en opportunités, et émettent des recommandations permettant à la population de pleinement bénéficier des compétences des IPS.

Le diagnostic : Un levier essentiel d'accès aux soins et d'autonomie professionnelle

4

Le projet de loi permet pour une première fois aux IPS de diagnostiquer une maladie. Pour ce faire, il prévoit toutefois six caractéristiques cumulatives auxquelles chaque « maladie courante » doit répondre pour qu'une IPS puisse la diagnostiquer :

« 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 irrémédiable » (p. 6).

Ces caractéristiques sont nombreuses et, qui plus est, prêtent largement à interprétation. Cette formulation va sans aucun doute provoquer des problèmes de déploiement du diagnostic des IPS, et ce, au détriment d'un accès aux soins pour les patient-e-s. De surcroît, cela crée un risque de confusion de rôle entre professionnelles, mais complique également la trajectoire de soins des patient-e-s.

Pour toutes les IPS consultées par la FIQ et la FIQP, les caractéristiques de « maladie courante » proposées soulèvent de nombreuses questions. Les patient-e-s en situation de comorbidité ou de multimorbidité seront-ils-elles nécessairement exclu-e-s de tels diagnostics? Les patient-e-s présentant d'autres problèmes ne correspondant pas aux six caractéristiques auront-ils-elles à dédoubler des démarches entre médecins et IPS? Les troubles mentaux seront-ils d'emblée admissibles dans ce cadre? Les patient-e-s hospitalisé-e-s, donc à un certain risque de détérioration ou de préjudice, pourront-ils-elles bénéficier du diagnostic des IPS? Les patient-e-s recevant des soins de deuxième et troisième ligne nécessitant des tests diagnostiques plus poussés seront-ils-elles d'emblée exclu-e-s? Ces nombreuses restrictions vont très certainement limiter le pouvoir de diagnostiquer. La « maladie courante » ne semble pas trouver d'ancrage dans les écrits médicaux ou en sciences infirmières, ce qui complique les échanges interprofessionnels pour s'entendre sur ce que constitue une « maladie courante ».

De plus, le projet de loi porte uniquement sur les « maladies courantes » qui répondent aux six caractéristiques mentionnées et ne fait aucune mention des maladies chroniques, alors qu'il ne va pas de soi que l'ensemble des maladies chroniques généralement reconnues va correspondre aux critères énoncés. Pourtant, les maladies chroniques ont une incidence élevée dans la

population et sont la première cause de mortalité dans le mondeⁱⁱ. Sans surprise, la formation universitaire de 2^e cycle des IPS (maîtrise et diplôme d'études supérieures spécialisées) porte fortement sur les maladies chroniques.

Depuis février 2018, les IPS en soins de première ligne peuvent amorcer le traitement de six maladies chroniques, soit le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'hypothyroïdie. Alors qu'elles sont formées sur la physiopathologie des maladies chroniques et la pharmacothérapie avancée, qu'on leur reconnaît le jugement clinique et l'autonomie nécessaire pour évaluer la présence de ces maladies et en initier le traitement, le projet de loi n'accorde aucun pouvoir spécifique de diagnostic des maladies chroniques.

Il est également important de garder en tête que les infirmières praticiennes spécialisées ne pratiquent pas uniquement en soins de première ligne, mais que cinq classes de spécialités existentⁱⁱⁱ :

- 1- infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie;
- 2- infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes;
- 3- infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques;
- 4- infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne;
- 5- infirmière praticienne spécialisée en santé mentale.

Il est donc essentiel que le pouvoir de diagnostic des IPS, prévu au projet de loi, soit libellé de façon suffisamment large pour permettre que le diagnostic se déploie dans toutes les classes de spécialités. Dans le cas contraire, il ne sera pas possible de répondre aux besoins tant des personnes obtenant des soins et des services de première ligne que des adultes, enfants et nouveau-nés obtenant des soins plus spécialisés en deuxième et troisième ligne ou des personnes présentant des troubles mentaux allant consulter en première, deuxième ou troisième ligne. L'ensemble de ces patient-e-s doit pouvoir bénéficier d'un accès rapide à un diagnostic et aux traitements appropriés en découlant, par l'entremise d'une IPS et, si requis, avec un système de consultation et référence efficace avec les médecins et d'autres professionnel-le-s de la santé pour assurer une véritable prise en charge du-de la patient-e.

Une comparaison du pouvoir de diagnostic des IPS ailleurs au Canada, alors que les IPS québécoises ont un nombre d'heures de formation supérieur à leurs consœurs du Canada, est fort parlante (voir Annexe 1). Il en ressort que, dans les provinces ayant une masse critique d'IPS (Ontario, Nouveau-Brunswick, Manitoba, Alberta et Colombie-Britannique), le droit de diagnostiquer des IPS n'est lié à aucun critère ou caractéristique particuliers,

l'IPS peut diagnostiquer toute maladie et/ou trouble. Ce diagnostic est généralement communiqué par l'IPS directement au-à la patient-e ou à son-sa représentant-e autorisé-e en cas d'inaptitude. Dans le cas du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et de l'Alberta, les IPS peuvent diriger les patient-e-s, au besoin, vers d'autres professionnel-le-s de la santé, y compris les autres IPS et médecins spécialistes, ce qui facilite grandement la collaboration interprofessionnelle pour assurer une trajectoire de soins optimale pour le-la patient-e (voir Annexe 2, rôles autonomes de l'IP au Canada).

Le projet de loi, bien qu'il se veuille une modernisation de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, propose une façon de faire relativement au diagnostic qui laisse perdurer un retard par rapport à la moyenne canadienne. L'expérience canadienne démontre que la Loi devrait être la plus large possible pour permettre l'autonomie nécessaire pour répondre aux besoins de la population, et que les IPS ont le jugement clinique nécessaire pour respecter leur champ d'exercices dans le déploiement de leur pouvoir de diagnostic.

Malheureusement, la réalité québécoise confirme que le principal obstacle à la pratique des IPS est une réglementation jugée trop restrictive par la majorité des participant-e-s à une enquête récente^{iv}. Selon les données terrain, cette situation amènerait une « prise en charge sous-optimale des patients atteints de maladies chroniques » (p. 70).

Une étude récente de chercheurs allemands et américains réalisée pour le compte de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)^v est sans équivoque : un des obstacles majeurs au déploiement de la pratique infirmière avancée concerne « des lois et réglementations désuètes et trop restrictives en ce qui concerne les champs de pratique » (p. 6). La population québécoise mérite que le législateur québécois ne fasse pas cette erreur dans le projet de loi, dans un souci d'amélioration de l'organisation des soins de santé.

En n'adoptant pas le libellé usuel pour l'activité de diagnostic des IPS comme l'ont fait d'autres législateurs du Canada, en utilisant l'expression « maladie courante » sans clairement la définir et en utilisant le cumul de six critères nécessaires au diagnostic, le législateur, par le projet de loi n° 43, place dans un cul-de-sac les patient-e-s et les professionnel-le-s sans atteindre son important objectif d'augmenter l'accessibilité aux soins.

Dans le but de favoriser l'accès aux soins pour les patient-e-s et l'autonomie professionnelle des IPS dans un contexte de coopération interprofessionnelle, la FIQ et la FIQP demandent que les recommandations suivantes soient apportées :

- 1. Que soient retirées à l'article 3 du projet de loi les six caractéristiques relatives à la « maladie courante » (critères pour l'application du paragraphe 1 du premier alinéa de l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers);**
- 2. Que l'activité « diagnostiquer les maladies courantes » soit remplacée par « diagnostiquer les maladies, troubles et blessures et communiquer le diagnostic » à l'article 3 du projet de loi (article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers);**
- 3. Qu'aucune autre restriction à l'activité diagnostique des IPS ne soit prévue au projet de loi;**
- 4. Que le projet de loi prévoie le pouvoir pour les IPS de diriger au besoin, de façon autonome, les patient-e-s vers d'autres professionnel-le-s de la santé, y compris les autres IPS et médecins spécialistes.**

Une véritable autonomie professionnelle pour les IPS

8

Le projet de loi rapatrie les activités professionnelles des IPS qui découlent actuellement de la Loi médicale dans la Loi sur les infirmières et les infirmiers, ce qui signifie que le législateur considère que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) est l'autorité professionnelle la mieux placée pour assurer à la fois la protection du public et le développement de la profession. Alors que ce changement proposé semble de bon augure pour l'autonomie professionnelle des IPS, la FIQ et la FIQP constatent que le projet de loi ne respecte pas l'indépendance de la profession infirmière dans l'encadrement de la pratique des IPS.

En effet, le projet de loi prévoit que le conseil d'administration de l'OIIQ doit obligatoirement, avant d'adopter un règlement pour régir les classes de spécialités des IPS, consulter l'Office des professions du Québec et les ordres professionnels intéressés, dont le Collège des médecins du Québec. Or, les projets de règlement transmis à l'Office des professions sont déjà soumis à un processus de consultation public lors duquel toute personne ou groupe peut formuler des commentaires concernant le projet de règlement en question. De plus, jusqu'à maintenant, les démarches de négociation sur la réglementation entre ordres professionnels sont longues et complexes, ce qui amène des délais dans les modifications de la réglementation et se traduit « sur le terrain par un décalage important entre l'évolution des guides de bonne pratique médicale et la possibilité pour [l'IPS] de suivre ces lignes directrices^{vi} » (p. 52-53).

La FIQ et la FIQP sont tout à fait en faveur de la coopération et de la consultation interprofessionnelle, tant entre les ordres qu'entre les professionnelles elles-mêmes, mais celles-ci doivent se faire rondement et dans l'intérêt des patient-e-s. Toutefois, l'octroi de ce droit de consultation obligatoire envoie un message d'inégalité entre les professions et leurs institutions. Ce vestige de la tutelle médicale exercée depuis 2002 jusqu'à aujourd'hui sur la profession d'IPS n'est pas à propos et risque de maintenir les façons de faire actuelles qui entravent plutôt qu'optimisent le plein déploiement des compétences des IPS au bénéfice des patient-e-s.

Dans un contexte où le président du Collège des médecins a affirmé en mai dernier que « nous sommes rendus à l'étape où l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec peut assumer pleinement la responsabilité de l'encadrement des IPS sans passer par le sceau obligatoire de l'approbation du Collège des médecins^{vii} », il importe que le projet de loi et les façons de faire soient représentatifs de ce signal clair.

Pour la FIQ et la FIQP, le projet de loi doit jeter les bases nécessaires à un véritable partenariat interprofessionnel dans l'objectif principal d'optimiser l'accès aux soins pour les patient-e-s en déployant pleinement les nouvelles activités professionnelles des IPS. Lorsqu'on construit un tel partenariat, ce sont les patient-e-s qui en ressortent gagnant-e-s. Il est connu que la coopération entre IPS, médecins et autres professionnel-le-s de la santé est bien établie dans certaines régions du Canada, ce qui permet à trois millions de personnes de recevoir des soins de santé primaires grâce à une IPS bénéficiant d'une pleine autonomie (voir Annexe 2).

Dans l'intérêt de la population québécoise, il est essentiel que les nouveaux pouvoirs octroyés aux IPS par le projet de loi ne soient pas contrecarrés postérieurement. Les règlements, lignes directrices et ententes relatifs aux IPS devront en reconnaître l'autonomie et aller dans le même sens que la loi. Dans un contexte où les besoins de santé de la population sont en augmentation, il importe de lever les obstacles à la pratique professionnelle et de s'assurer que les professionnelles en soins puissent pleinement mettre de l'avant leurs compétences, en prenant en charge des patient-e-s avec des besoins de santé plus variés.

La FIQ et la FIQP souhaitent notamment porter à l'attention des parlementaires les ententes de partenariat IPS-médecin, actuellement encadrées par règlement. Ces ententes viennent, sous le couvert d'un partenariat, limiter l'accessibilité aux soins et les conditions d'exercice des IPS, notamment en définissant la clientèle pouvant être vue par les IPS et les services pouvant être rendus, en totale contradiction avec l'objectif du projet de loi. C'est au gouvernement et non à des tierces parties de statuer sur les soins devant être accessibles à l'ensemble des Québécois-es (établissements de santé, groupes de médecine de famille, cliniques, etc.). Beaucoup de travail reste à faire pour que le projet de loi atteigne son objectif et les Fédérations offrent leur entière collaboration dans les travaux à venir.

Dans le but de favoriser l'accès aux soins pour les patient-e-s et l'autonomie professionnelle des IPS dans un contexte de coopération interprofessionnelle, la FIQ et la FIQP demandent que la recommandation suivante soit apportée :

- 5. Que l'article 2, alinéa 1, paragraphe 2 du projet de loi soit modifié en ajoutant après « l'Office des professions du Québec et » : « peut consulter, le cas échéant, les ordres professionnels qu'il juge pertinents »**

D'autres pistes favorisant l'accès aux services de santé

10

Bien que pour la FIQ et la FIQP, les limites au pouvoir de diagnostic et l'autonomie professionnelle des IPS soient les deux principaux enjeux soulevés par le projet de loi, d'autres pistes favorisant l'atteinte de son objectif sont soulevées. Dans un premier temps, il importe de noter que les activités professionnelles des IPS prévues à l'article 3 du projet de loi (article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers) sont formulées comme suit :

« 1° diagnostiquer les 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. » (p. 6) (notre soulignement)

La formulation privilégiée (« des » plutôt que « les ») laisse entendre que plusieurs de ces activités pourraient être limitatives. Par exemple, les IPS pourraient être limitées à déterminer certains traitements médicaux ou à prescrire certains examens diagnostics. Dans le passé, les IPS québécoises ont notamment déjà été soumises à des listes restrictives de médicaments à partir desquelles elles pouvaient prescrire. La FIQ et la FIQP se réjouissent que ce ne soit plus le cas actuellement, mais déplorent que la formulation des activités professionnelles des IPS n'ait pas évolué et comprenne toujours un caractère restrictif. Le projet de loi est l'opportunité de moderniser la formulation des activités professionnelles des IPS et, ainsi, de permettre d'éviter de dédoubler les démarches des patient-e-s.

Les Fédérations souhaitent également sensibiliser les parlementaires sur le fait que le projet de loi ne comprend aucune mention spécifique de la contribution des IPS aux arrêts de travail ou à l'assurance salaire, bien que plusieurs Québécois-es consultent des professionnel-le-s de la santé à cet effet.

Enfin, le projet de loi prévoit que les IPS pourront donner le congé aux patient-e-s dans les établissements de santé pour autochtones cris. Il s'agit d'une mesure qui rend le processus de soins plus fluide et qui a le potentiel de donner des bénéfices systémiques. En conséquence, il pourrait être intéressant que cette mesure soit disponible dans les établissements relevant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et que les IPS puissent admettre les patient-e-s en centre hospitalier.

La FIQ et la FIQP se réjouissent que plus d'une décennie après la création du titre d'emploi d'infirmière praticienne spécialisée, le projet de loi n° 43 ait enfin la possibilité d'en moderniser la pratique et de lever certains obstacles vécus par les IPS, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins. Le projet de loi permet de faire des avancées dans la bonne direction, mais doit aller plus loin pour éviter que la Loi sur les infirmières et les infirmiers ne devienne rapidement désuète. Les recommandations demandées par les Fédérations visent cet objectif.

Le projet de loi présente une opportunité historique pour que les IPS québécoises puissent rattraper sur le plan législatif le retard que leur pratique accuse lorsqu'on compare les lois et les règlements au standard canadien. Il s'agit d'un moment à ne pas manquer pour la population québécoise, car lever les obstacles à la pratique des IPS, c'est également lever les obstacles à l'accessibilité à des soins de qualité pour les patient-e-s. Plus d'activités professionnelles pour les IPS, c'est aussi donner un second souffle aux médecins dans la prise en charge des patient-e-s, contribuant ainsi à réduire le nombre de patient-e-s orphelin-e-s et les délais d'attente.

Dans cette optique, la FIQ et la FIQP souhaitent appeler à la vigilance de la communauté professionnelle et de la ministre de la Santé et des Services sociaux pour éviter que la réglementation et les lignes directrices qui découleront du projet de loi n'ajoutent indûment d'obstacles à la pratique des IPS, dont l'entente de partenariat IPS-médecin.

Les infirmières praticiennes spécialisées sont essentielles à la dispensation de soins sécuritaires et de qualité à la population québécoise. Les Fédérations souhaitent également souligner que l'ensemble des infirmières font partie de la solution pour favoriser l'accès aux soins pour toutes les Québécoises et les Québécois.

D'ailleurs, en août 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait son intention d'accorder des pouvoirs de prescription, dont celui de prescrire des tests et des médicaments lorsqu'un diagnostic a été posé, aux infirmières autres qu'IPS^{viii}. Le projet de loi ouvre pour la première fois depuis des années la Loi sur les infirmières et les infirmiers et il serait pertinent, dans l'intérêt de la population, de paver la voie à l'augmentation du pouvoir de prescription pour l'ensemble des infirmières, une mesure qui permettrait une réponse plus rapide aux besoins de santé.

Dans le contexte de retrait d'ordonnances collectives par le Collège des médecins du Québec^{ix} et de faible couverture vaccinale^x, d'inclure dans le projet de loi des mesures visant à permettre aux infirmières de prescrire et d'administrer des vaccins, de prescrire des médicaments en vente libre lorsqu'aucun diagnostic n'est requis et de prescrire des médicaments, des analyses de laboratoire ou autres tests appropriés pour des problèmes de

santé mineurs nous apparaît fort pertinent. Ces changements permettraient de rattraper le retard sur les travaux amorcés dès 2017 en Ontario pour augmenter le pouvoir de prescription des infirmières^{xi}.

Les IPS et autres professionnelles en soins membres de la FIQ et de la FIQP ont à cœur l'accès aux soins pour la population québécoise. Les Fédérations espèrent que leurs solutions pour améliorer la pratique professionnelle seront entendues dans le cadre de la présente consultation et assurent les parlementaires de leur soutien dans le déploiement rapide des activités des infirmières praticiennes spécialisées.

Listes des recommandations

13

1. Que soient retirées à l'article 3 du projet de loi les six caractéristiques relatives à la « maladie courante » (critères pour l'application du paragraphe 1 du premier alinéa de l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers);
2. Que l'activité « diagnostiquer les maladies courantes » soit remplacée par « diagnostiquer les maladies, troubles et blessures et communiquer le diagnostic » à l'article 3 du projet de loi (article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers);
3. Qu'aucune autre restriction à l'activité diagnostique des IPS ne soit prévue au projet de loi;
4. Que le projet de loi prévoie le pouvoir pour les IPS de diriger au besoin, de façon autonome, les patient-e-s vers d'autres professionnel-le-s de la santé, y compris les autres IPS et médecins spécialistes;
5. Que l'article 2, alinéa 1, paragraphe 2 du projet de loi soit modifié en ajoutant après « l'Office des professions du Québec et » : « peut consulter, le cas échéant, les ordres professionnels qu'il juge pertinents ».

Annexe 1 – Tableau comparatif des activités professionnelles des IPS sous PL 43 par rapport aux IPS au Canada^{xii}

Québec PL 43 2019	Ontario LO 1991, c.32	Nouveau- Brunswick LII 2002, c. 71 LNB	Manitoba c. R117-R.M. 113/2017 C.P.L.M.	Alberta HPA, RSA 200, c.H-7 Alta Reg232/2005	Colombie- Britannique BC Reg 284/2008
<p>Diagnostiquer les « maladies courantes » présentant les six caractéristiques</p>	<p>« Communiquer à un patient ou à son représentant le diagnostic qu’il a posé et qui attribue les symptômes que présente le patient à une maladie ou à des troubles. » art. 5.1 (1) par. 1</p>	<p>« Diagnostiquer ou évaluer une maladie, un trouble ou l’état et communiquer le diagnostic ou l’évaluation du patient. » art. 2(1) a)</p>	<p>« D’évaluer l’état des clients, de diagnostiquer les maladies, de planifier et de fournir des traitements et de pratiquer des interventions puis de déterminer leur efficacité et de faire des renvois » art. 3 al.1 par. b)</p>	<p>« <i>Assess, diagnose and provide treatment and interventions and make referrals.</i> » Schedule 24 art. 3 a) ii)</p> <p>Traduction libre : Évaluer, diagnostiquer et fournir les traitements et interventions et référer.</p>	<p>« <i>Make a diagnosis, identifying a disease, disorder or condition as the cause of the signs or symptoms of the individual</i> » art. 8(1) b)2</p> <p>Traduction libre : réaliser un diagnostic pour identifier une maladie, un trouble ou une condition de santé comme étant la cause des signes et symptômes d’une personne.</p>

Québec	Ontario	Nouveau-Brunswick	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
Prescrire des examens diagnostics	Appliquer une forme d'énergie prescrite ou en ordonner l'application	Prescrire et interpréter des tests de dépistages et des tests diagnostiques approuvés en vertu du processus établi à l'art. 10.3 Prescrire l'application de formes d'énergie approuvées en vertu du processus art. 10.3 (examens : imagerie Dx, écho, résonnance magnétique)	Prescrire des tests de dépistage ou de diagnostic, ou la réception des résultats L'application des formes d'énergie qui suivent ou le fait d'en ordonner l'application (ultrasons à des fins Dx ou d'imagerie écho, Rayon X, tomographie axiale, résonance magnétique, électricité)	Prescrire et interpréter des examens diagnostics	Prescrire des examens de laboratoires et d'autres services ainsi que des Rayons X, échographie pour le fœtus, médecine nucléaire, scan tomographe et résonance magnétique aux fins diagnostiques Appliquer une forme d'énergie telle que le laser dans le but d'éliminer des tissus
Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudices	Introduire un instrument, la main ou le doigt : Au-delà des orifices et barrières du corps humain/barrières artificielles		Introduire un instrument, la main ou le doigt au-delà des orifices et barrières du corps humain/barrières artificielles	Introduire un instrument, la main ou le doigt : Au-delà des orifices et barrières du corps humain/barrières artificielles	Introduire un instrument, la main ou le doigt au-delà des orifices et barrières du corps humain/barrières artificielles Appliquer l'électricité dans le but d'éliminer des tissus ou affecter l'activité cardiaque
Déterminer les traitements médicaux					
Prescrire des traitements médicaux					

Québec	Ontario	Nouveau-Brunswick	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
Prescrire des médicaments et d'autres substances	Prescrire, préparer, vendre ou composer des médicaments conformément aux règlements	Sélectionner et prescrire des médicaments approuvés en vertu du processus établi à l'article 10.3 et contrôler leur efficacité Prescrire des vaccins	La prescription d'un médicament ou d'un vaccin	Prescrire la pharmacothérapie, préparer, vendre ou composer des médicaments selon les règlements + sang ou produits sanguins	Prescrire, composer, préparer/distribuer, et administrer un médicament par toutes les voies possibles
Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice	Pratiquer des interventions sous le derme ou sous les muqueuses Immobiliser des fractures ou des luxations articulaires dans des plâtres, ou les consolider ou les réduire		La pratique d'interventions sur le tissu : située sous le derme; située sous la surface des muqueuses; située à la surface de la cornée L'immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou leur réduction	Couper un tissu du corps; La pratique d'interventions chirurgicales ou autres procédures invasives sur le tissu : situé sous le derme; situé sous la surface des muqueuses Réduire les luxations articulaires Consolider une fracture simple d'un os	L'immobilisation plâtrée de la fracture d'un os, consolider une fracture simple d'un os, réduire les luxations articulaires
Effectuer le suivi des grossesses normales ou à faible risque			La direction du travail des parturientes ou la pratique des accouchements à l'intérieur d'un établissement fournissant des services d'obstétriques		

Québec	Ontario	Nouveau-Brunswick	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
	<p>Traiter, au moyen d'une technique de psychothérapie appliquée dans le cadre d'une relation thérapeutique, un désordre grave dont souffre un particulier sur les plans de la pensée, de la cognition, de l'humeur, de la régulation affective, de la perception ou de la mémoire et qui est susceptible de porter gravement atteinte à son jugement, à son intuition, à son comportement, à sa capacité de communiquer ou à son fonctionnement social</p>		<p>Procéder à une intervention psychosociale dans le but de traiter un trouble important de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation de la mémoire qui affecte gravement le jugement, le comportement, la perception de la réalité ou la capacité de faire face à la réalité de la vie</p>	<p>Procéder à une intervention psychosociale dans le but de traiter un trouble important de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire qui affecte de façon importante : i) le jugement; ii) le comportement; iii) la capacité de faire face à la réalité ou iv) la capacité de répondre à ses besoins ordinaires pour la vie</p>	

Québec	Ontario	Nouveau-Brunswick	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
	<p>Aide médicale à mourir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrer au client, à la demande de celui-ci, un médicament qui causera la mort du client; et - Prescrire ou fournir au client un médicament qu'il s'auto administrera, causant, ce faisant, sa propre mort. <p>art. 241.1 <i>Code criminel</i> et <i>Règlement sur la surveillance de l'Aide médicale à mourir</i> DORS/2018-166</p>	<p>Aide médicale à mourir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Évaluer l'admissibilité du patient à l'AMM; -Prescrire et administrer le médicament qui causera la mort; - Prescrire et fournir au patient qui va s'administrer lui-même un médicament ou une substance qui causera la mort. <p>art. 241.1 <i>Code criminel</i> et <i>Règlement sur la surveillance de l'Aide médicale à mourir</i> DORS/2018-166</p>	<p>Aide médicale à mourir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Évaluer l'admissibilité du patient à l'AMM; -Prescrire et administrer le médicament qui causera la mort; - Prescrire et fournir au patient qui va s'administrer lui-même un médicament ou une substance qui causera la mort. <p>art. 241.1 <i>Code criminel</i> et <i>Règlement sur la surveillance de l'Aide médicale à mourir</i> DORS/2018-166</p>	<p>Aide médicale à mourir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrer au client, à la demande de celui-ci, un médicament qui causera la mort du client; et - Prescrire ou fournir au client un médicament qu'il s'auto administrera, causant, ce faisant, sa propre mort. <p>art. 241.1 <i>Code criminel</i> et <i>Règlement sur la surveillance de l'Aide médicale à mourir</i> DORS/2018-166</p>	<p>Aide médicale à mourir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrer au client, à la demande de celui-ci, un médicament qui causera la mort du client; et - Prescrire ou fournir au client un médicament qu'il s'auto administrera, causant, ce faisant, sa propre mort. <p>Art. 1 a) b) B.C. Reg. 284/2008 M244/2008</p> <p>art. 241.1 <i>Code criminel</i> et <i>Règlement sur la surveillance de l'Aide médicale à mourir</i> DORS/2018-166</p>
			<p>Dans le cas des allergies :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrer des tests de provocation d'allergie, sans égard à la méthode choisie; -Administrer un traitement de désensibilisation, sans égard à la méthode choisie 		<p>Dans le cas des allergies :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrer des tests de provocation d'allergie impliquant l'injection, égratignures ou inhalation pour un client n'ayant pas déjà eu de réaction anaphylactique; -Administrer un traitement de désensibilisation, sans égard à la méthode choisie

N. B. Ce tableau contient des informations provenant des lois, règlements et des documents officiels des ordres des infirmiers des autres provinces du Canada établissant les lignes directrices.

Annexe 2 – Infirmières et infirmiers praticiens (IP) : Une ressource inexploitée, Association des infirmières et infirmiers du Canada

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS PRATICIENS (IP) : Une ressource inexploitée

LES IP CONTRIBUENT À L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS PONCTUEL ET À DES SOINS ÉCONOMIQUES ET DE GRANDE QUALITÉ dans un vaste éventail de modèles de soins de santé. Grâce à leur pratique et collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé, les IP atténuent la pression exercée sur le système de soins de santé.¹

Formation

Au moins six années de formation universitaire et d'expérience clinique :

B. Sc. inf.

Permis et attestation d'exercice comme inf. aut.

Diplôme d'IP au cycle supérieur

Permis et attestation d'exercice comme IP

93 %
des Canadiens

sont convaincus que les IP peuvent satisfaire leurs besoins quotidiens en matière de santé.²

RÔLES AUTONOMES DES IP

EXAMENS PHYSIQUES

DEMANDES D'ANALYSES

DIAGNOSTICS ET TRAITEMENTS

ORDONNANCES

ADMISSIONS ET CONGES

AIGUILLAGE

Nombre de Canadiens obtenant des soins primaires d'un(e) IP :

3 millions

Chaque IP prend soin d'environ 800 patients³

RÉSULTATS

ACCÈS AMÉLIORÉ AUX SOINS⁴

Temps d'attente réduit grâce à l'offre de consultations le jour même pour les patients en cas d'urgence ou dans les **trois jours suivants**⁵

Réduction de **20 %** des transferts à l'urgence en provenance des soins de longue durée⁶

Hausse de **24 %** de la satisfaction des familles à l'égard de la qualité des soins⁷

Chute de **55 %** du taux de polypharmacie⁸

OÙ TRAVAILLENT LES IP?*

23,6 % autres

36,5 % milieu hospitalier

3,8 % maisons de soins infirmiers

36,1 % santé communautaire

Province/Territoire	Nombre d'IP	Pourcentage
Yn	8	0,1 %
C.-B.	465	8,2 %
Alb.	529	9,3 %
Sask.	228	4 %
Man.	193	3,4 %
Ont.	3206	56,3 %
Qc	509	8,9 %
N.-B.	130	2,3 %
T.-N.-O./Nt.	50	0,9 %
T.-N.-L.	168	2,9 %
I.-P.-E.	29	0,5 %
N.-É.	182	3,2 %

Timeline

1960

La pratique de l'IP a débuté afin d'améliorer la qualité des soins de santé dans les régions nordiques et mal desservies.

1997

La pratique de l'IP devient une profession réglementée afin d'aborder la demande croissante en soins de santé primaires.

2006

1 162 IP; l'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens est lancée.

2009

Une nouvelle réglementation élargit le champ d'exercice.

2012

Le gouvernement fédéral adopte le règlement sur les nouvelles catégories de praticiens, octroyant un droit de prescription supplémentaire pour les médicaments contrôlés.

2018

5 697 IP

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA ©
cna-aic.ca/ip

¹ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). L'infirmière praticienne [enoncé de position]. Ottawa: Auteur. ² Nason, N. (2016). Opinions des Canadiens sur les soins de santé offerts à domicile et les infirmières et infirmiers. (Série de sondages Nason 2016-454). Ottawa, Canada: Martin-McManis, R., Daniels, E., Kijpatrik, K., Bryson-Lucasio, D., Rayner, J., Landry, V., Viscardi, V. et McKinnay, R. J. (2015). Benchmarking for nurse-practitioner/patient panel size and comparative analysis of nurse practitioner pay/salary: Update of a scoping review. Titled at https://file.incmaster.ca/ocspv/ocspvmain/np_panel_size_study_updated_scoping_review_report.pdf ³ Sangster-Borenley, E., Gerthys, J., Schreiber, R., Feddesma, A., Bonyé, E. et Thompson, J. (2015). « Nurse practitioners changing health behaviours: One patient at a time ». *Work Management*, 22(3), 26-31. ⁴ Roberts, A. et Macdonald, M. (2014). « Outcomes associated with nurse practitioners in the collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: A mixed methods study ». *Human Resources for Health*, 12, 2-11. ⁵ Wasson, K., Lambert, L. et Krishnan, P. (2009). « Une nouvelle norme de diligence dans les maisons de soins infirmiers ». *Infirmière canadienne*, 30(3), 22-28. ⁶ Ibid. ⁷ Institut canadien d'information sur la santé. (2015). Tableaux de données : Le personnel infirmier au Canada – 2018. Titled at <https://www.cihi.ca/fr/le-personnel-infirmier-reclamata-2018> © L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le motif en forme de flamme de l'AIC sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. © Droits d'auteur 2019 Association des infirmières et infirmiers du Canada. Juillet 2019

-
- ⁱ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (Juillet 2019). *Infirmières et infirmiers praticiens (IP) : Une ressource inexploitée*. Ottawa : AIIIC.
- ⁱⁱ Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Maladies chroniques*. En ligne : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- ⁱⁱⁱ Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée
- ^{iv} Vermette, S. (2017). *Rôle, pratiques et défis des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans le domaine des maladies chroniques au Québec : Étude qualitative exploratoire auprès d'informateurs clés*. En ligne : <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/27666/1/33230.pdf>
- ^v Maier, C.B., Aiken, L.H., & Busse, R. (2017). *OECD Health Working Paper No. 98 - Nurses in Advanced Roles in Primary Care : Policy Levers for Implementation*. Paris : OCDE.
- ^{vi} Vermette, S. (2017). *Rôle, pratiques et défis des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans le domaine des maladies chroniques au Québec : Étude qualitative exploratoire auprès d'informateurs clés*. En ligne : <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/27666/1/33230.pdf>
- ^{vii} Collège des médecins du Québec. (1^{er} mai 2019). *Infirmières praticiennes spécialisées : vers de nouvelles perspectives de collaboration*. En ligne : <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/infirmieres-praticiennes-specialisees-nouvelles-perspectives-de-collaboration.aspx>
- ^{viii} Lajoie, G. (27 août 2019). *Plus de pouvoirs aux infirmières bachelières? TVA Nouvelles*. En ligne : <https://www.tvanouvelles.ca/2019/08/27/plus-de-pouvoirs-aux-infirmieres-bachelieres-1>
- ^{ix} Collège des médecins du Québec. *Ordonnances collectives*. En ligne : <http://www.cmq.org/page/fr/ordonnances-collectives.aspx>
- ^x Institut national de santé publique. (2016). *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque et sur les déterminants de la vaccination : 2016*. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2234>
- ^{xi} Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (Juin 2017). *Lettre du ministre de la Santé à la présidente de l'Ordre des infirmières sur les nouveaux pouvoirs de prescription des infirmières*. En ligne : <http://www.cno.org/globalassets/trending-topics/hltc2968it-2017-143-rn-prescribing.pdf>
- ^{xii} *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, LO 1991, c.32; *Nurses Act/Loi sur les infirmières et infirmiers* et *Loi relative à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick*, LII 2002, c.71 LNB; *Loi sur les infirmières*, c. R40 de la C.P.L.M.; *Règlement sur l'exercice de la profession d'infirmière de la Loi sur les professions de la santé réglementées*, R113-2017 de la C.P.L.M.; *Health Professions Act*, RSA 2000, c.H-7 Alta; *Nurses Registered and Nurse Practitioners Regulation* du *Health Professions Act*, BC Reg 284-2008