



**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 11, *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens
et à améliorer la gestion de cette offre*

Janvier 2022

TABLE DES MATIERES

<u>Tables des sigles</u>	2
<u>Avant-propos</u>	3
<u>Résumé des recommandations</u>	4
<u>Partie 1 : Améliorer l'accès aux soins et aux services pour la population québécoise</u>	6
<u>L'inscription unique du patient au nom du médecin : un modèle à revoir</u>	6
<u>Utiliser l'ensemble des ressources professionnelles disponibles</u>	11
<u>Partie 2 : Recommandations sur différents articles du projet de loi 11</u>	13
<u>Partie 3 : Rappel des recommandations de l'AIPSQ</u>	17
<u>La question de la santé mentale</u>	17
<u>Conclusion</u>	20
<u>Références</u>	21
<u>Annexe 1 : Milieux de pratique et clientèle des IPS par classes de spécialités</u>	22
<u>Annexe 2 : Modèle Archimède</u>	23
<u>Annexe 3 : Qu'est-ce qu'une Infirmière praticienne spécialisée</u>	24

TABLES DES SIGLES

AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
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
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

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 ou corporative, et tous les membres du conseil d'administration agissent à titre bénévole. L'Association représente 800 IPS membres, de chacune des 5 classes de spécialités. Elle vise à bien connaître, comprendre et identifier les divers enjeux liés à la pratique en termes d'efficience et d'accessibilité aux services de santé pour les patients en exerçant à la pleine étendue de leur champ d'exercice et est heureuse de partager son expertise avec le gouvernement lors de travaux sur différents projets de loi ou de règlements à ce sujet. Elle s'assure aussi de créer un réseau d'échange professionnel et de partage d'informations. L'AIPSQ est une référence en pratique infirmière avancée, notamment quant au rôle des IPS au Québec, dans le milieu francophone européen, ainsi qu'au Brésil.

Dans les dernières années, l'AIPSQ a notamment été 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*, et des travaux sur l'aide médicale à mourir. Nous nous prêtons à nouveau à l'expérience dans le cadre des consultations particulières et audiences publiques pour le projet de loi 11, *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre* à titre de partenaires et collaboratrices aux soins et services. Notre association est convaincue qu'il faut revoir et penser l'offre de services sous un nouvel angle en renforcer le travail d'équipe (Côté, Freeman, Pollender et Binette 2018).

Le présent mémoire regroupe les réflexions 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 11. Les commentaires émis par l'AIPSQ sont formulés d'abord et avant tout dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins et aux services pour la population du Québec sans passer uniquement par l'accès aux médecins de famille mais plutôt en termes d'équipe.

Ainsi, la recommandation phare de l'AIPSQ demande que le projet de loi 11 soit l'occasion de permettre aux IPS d'inscrire des patients en leur nom à la RAMQ au sein d'un groupe de professionnels imputables, en équipe, du maintien de l'offre de service lors de départs de l'un des médecins ou IPSPL. Ensuite, nous abordons les thèmes de la flexibilité dans la prise en charge des patients, de l'importance que le système de prise de rendez-vous permette un tri « intelligent » des patients afin de les diriger vers la bonne ressource, et nous exprimons la volonté que la durée des rendez-vous avec chaque patient ne soit pas écourtée en dépit d'un nombre de patients à voir par jour. Finalement, nous insistons tout au long de nos recommandations sur l'importance d'utiliser l'ensemble des ressources professionnelles du réseau de la santé à bon escient en occupant pleinement leur champ d'exercice. L'AIPSQ souhaite que les trajectoires de services dans le système de santé soient revues, afin que le patient rencontre le bon intervenant selon la raison de consultation et, à cet effet, le projet clinique Archimède sera nommé à quelques reprises.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Que le projet de loi 11 prévoit que l'inscription de patients puisse être effectuée conjointement au nom d'un groupe d'infirmières praticiennes spécialisées et de médecins, et ce, dans l'optique d'assurer une imputabilité de groupe en tout temps. Afin de maintenir la continuité et le sentiment d'appartenance du patient, chacun sera identifié à un médecin ou à une IPSPL mais également aux infirmières cliniciennes du groupe.

Recommandation 2 : Que les IPS soient en mesure d'identifier elles-mêmes le code de vulnérabilité de leur patientèle au sein des dossiers médicaux.

Recommandation 3 : Que les patients non inscrits à un médecin soient répartis à l'ensemble des cliniques de leur secteur pour assurer un service temporaire.

Recommandation 4 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux assure une planification des départs par le remplacement des professionnels (IPS ou médecin) au sein de la répartition territoriale avec équilibre et équité pour permettre de maintenir les cliniques de proximité ouvertes et éviter les allers-retours vers le GAMF.

Recommandation 5 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux fasse preuve de souplesse dans les calculs de taux d'assiduité et d'évaluation de l'accessibilité aux soins et aux services lors d'un congé temporaire d'une infirmière praticienne spécialisée ou d'un médecin et lorsqu'ils offrent des services à une clientèle non inscrite restreignant temporairement l'accès à leur patientèle.

Recommandation 6 : Que les trajectoires de soins et de services soient revues afin que le patient accède au bon professionnel pour son besoin en tout temps, et ce, sans nécessairement consulter directement un médecin ou une IPS.

Recommandation 7 : Qu'une flexibilité soit prévue dans la prise en charge des patients afin de permettre aux médecins ou aux IPS de prendre en charge des membres de la famille immédiate du patient, dans une perspective de continuité familiale sans passer par le GAMF.

Recommandation 8 : Que le système de prise de rendez-vous soit « intelligent », afin de permettre de prioriser les patients et de les diriger vers la bonne ressource, selon la raison de la consultation.

Recommandation 9 : Que la disponibilité et la prise en charge de patients au sans rendez-vous soient considérées en termes d'équipes de soins plutôt qu'en termes d'individus, afin d'éviter l'épuisement des ressources professionnelles.

Recommandation 10 : Que la volonté d'augmenter le nombre de patients vus chaque jour par les membres d'une équipe de soins ne soit pas synonyme d'une réduction du temps consacré à chacun des rendez-vous.

Recommandation 11 : Que l'expertise des IPSSM soient maintenues dans les milieux spécialisés et ultraspécialisés en plus de la première ligne, et qu'elles puissent obtenir leur permis d'exercice de la psychothérapie plus facilement, dans le contexte où l'accès à des psychologues autres professionnels psychothérapeutes est restreint.

Recommandation 12 : Que le champ d'exercice des IPS inclut le diagnostic des maladies physiques et mentales, toutes spécialités confondues.

Recommandation 13 : Qu'il soit permis aux IPS d'admettre les patients et de leur donner le congé hospitalier au moment opportun.

Recommandation 14 : Que les IPS soient en mesure de référer les patients vers les milieux spécialisés et de proximité par le biais du Centre de répartition des demandes de services (CRDS), sans que la signature d'un médecin ne soit requise.

PARTIE 1 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES POUR LA POPULATION QUÉBÉCOISE

Présentes dans le paysage québécois de la santé depuis une quinzaine d'années, on compte actuellement plus de 840 IPS toutes spécialités confondues. Elles œuvrent au sein d'équipes interprofessionnelles en collaboration avec des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé, et elles exercent en soins de proximité (1^{ère} ligne) ainsi qu'en soins spécialisés et ultraspecialisés en centres hospitaliers. Les IPS québécoises cumulent au moins cinq à six années de formation universitaire et, minimalement, deux ans d'expérience clinique, dont une auprès de la clientèle visée par la spécialité choisie. En plus de leur baccalauréat et d'une expérience clinique qui peut atteindre plus de 20 ans, elles sont titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières et d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.).

Au Québec, on retrouve cinq classes de spécialités :

- Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie (IPSN)
- Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)
- Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA)
- Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM)
- Infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques (IPSSP)

Elles travaillent dans différents milieux de pratique clinique et auprès de diverses clientèles selon leur champ de compétences respectif. Le tableau situé à l'annexe A permet d'illustrer les milieux de pratiques de chacune des spécialités.

Il est démontré qu'une législation et une réglementation moins restrictives permettent d'optimiser l'apport du travail des IPS dans le réseau de la santé. Avec le projet de loi 43, le gouvernement du Québec a permis l'élargissement de la pratique, une bonne nouvelle pour la population québécoise. En effet, différentes études menées à travers le Canada et ailleurs dans le monde démontrent qu'on obtient une meilleure efficacité du système de santé et retire davantage de bénéfices, dont un meilleur accès, et plus de satisfaction chez les patients lorsque les IPS sont autonomes et peuvent poser des diagnostics dans un cadre législatif souple (voir annexe 3).

Lors du dépôt et de l'adoption du projet de loi 43, l'AIPSQ a salué la volonté du gouvernement de travailler également dans cette direction.

L'inscription unique du patient au nom du médecin : un modèle à revoir

Bien que le mandat principal de l'AIPSQ soit centré sur le rôle des IPS, celui-ci est toujours considéré dans son environnement en termes de collaboration interprofessionnelle, de travail d'équipe et principalement axé sur l'accessibilité aux soins et aux services pour la population québécoise, en tenant compte de la diversité professionnelle associée à ses collègues de travail

toutes disciplines confondues. Ceci permet l'accès au meilleur professionnel pour répondre, en temps opportun, aux besoins du patient.

Nous souhaitons donc profiter de ce projet de loi pour indiquer au gouvernement que les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sont en mesure de contribuer à réduire la liste d'attente pour la prise en charge de patients par un médecin de famille, et ce, selon leur classe de spécialité. L'évolution des besoins des patients, du niveau de complexité associée aux comorbidités, de la technologie et du système de santé incite à revoir son fonctionnement et à innover. Le modèle d'inscription unique à un médecin de famille doit être repensé.

Les IPS assurent le suivi de nombreux patients et sont imputables de leurs activités, mais ces chiffres ne sont pas visibles. **Selon nous, le projet de loi 11 est l'occasion de permettre aux IPS d'inscrire des patients en leur nom à la RAMQ et de revoir la notion d'inscription au sein d'un groupe de médecins et IPSPL.**

Cette proposition reflète le résultat d'une réflexion issue de notre expertise et de notre expérience. Les inscriptions uniques à un médecin de famille présentent plusieurs enjeux et sont propres aux divers groupes de médecine de famille (GMF, GMF-R, GMF-U) (ministère de la Santé et des Services sociaux, s.d.). De plus, cette façon de faire ne met pas en valeur le travail des autres membres de l'équipe interprofessionnelle puisqu'il demeure invisible. Le rendement d'équipe se mesure en termes d'inscriptions pondérées aux médecins et du taux d'assiduité par médecin à la clinique. On parlera d'inscriptions pondérées et non pondérées¹ et de taux d'assiduité² (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2015).

Enjeux liés aux inscriptions actuellement :

- Au départ d'une IPS, le médecin demeure imputable d'assurer le suivi de la cohorte de patients associée à l'IPS.
- Au départ d'une IPS, les médecins doivent garder la patientèle mais plusieurs expériences démontrent que celle-ci est désinscrite puis réinscrite au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).
- Au départ à la retraite d'un médecin, la patientèle est désinscrite, peu importe si une partie de celle-ci est suivie par l'IPS, parfois depuis plus de 10 ans, entraînant ainsi une perte dans la continuité du suivi. L'IPS n'a aucun levier pour empêcher cette action.
- Lors de congé de maladie ou de maternité de part et d'autre (MD, IPS), il arrive souvent que la clientèle soit dirigée vers les sans rendez-vous pour la durée de l'absence

¹ **Pondération** : Le nombre d'inscriptions pondérées de patients est déterminé selon divers critères (ex : 1 patient vulnérable = 2 inscriptions), les accouchements fait par un médecin (ex : 1 accouchement = 3 inscriptions), indice de défavorisation sociale et matérielle (1 patient = 2 inscriptions), Patients avec des besoins complexes et en perte sévère d'autonomie suivis à domicile par les médecins membres du GMF : 1 patient = 12 inscriptions, etc.

² **Taux d'assiduité** : la proportion des visites de la patientèle inscrite au GMF qui consulte au GMF sur le nombre total de visites effectuées par la patientèle dans l'ensemble du réseau de la santé. En résumé, le pourcentage de patient qui a accès aux services dans son propre GMF, par exemple : 88 % signifie que les patients consultent à 88% du temps dans leur GMF.

- ou tout simplement vers un seul individu, soit un autre médecin de l'équipe ou une seule IPS, entraînant une surcharge pour ceux-ci plutôt que répartie au groupe IPS-médecins qui demeurent sur place.
- Certains milieux cliniques scindent les IPSPL des médecins dans leur approche, de sorte que le départ d'une IPS engendre un transfert de patientèle vers une autre IPS et, s'il n'y en a pas, on remet la patientèle au GAMF. Il n'y a pas de répartition entre les membres de l'équipe.
 - Lors de transferts de patients à la suite d'un départ à la retraite vers un autre médecin, il existe des ratés au niveau du système et plusieurs patients se retrouvent désinscrits de certaines cliniques, ce qui nécessite de tenter de les retracer. Au cours de ce transfert, l'IPS perd la trace de sa patientèle.
 - Lors d'un transfert vers un autre médecin (retraite ou autre), les codes de vulnérabilité qui indiquent le niveau de prise en charge disparaissent et seul le médecin peut les réactiver par une visite obligatoire en présentiel. L'IPS ne peut pas le faire. On engendre donc des visites dans le but de codifier les patients sinon, il y a impact sur les inscriptions pondérées. Pourtant un patient qui présente un diabète demeure diabétique même s'il change de médecin.
 - Lorsqu'une IPS change de milieu, le médecin peut refuser que la patientèle desservie par l'IPS la suive vers son nouveau milieu. Celle-ci doit alors rebâtir une nouvelle cohorte de patients.
 - Si l'IPS change de milieu et que le médecin accepte que la patientèle suive, il est possible que le nouveau médecin collaborateur n'accepte pas l'inscription des patients. Ceci est sans compter les enjeux administratifs, entre autres à la RAMQ, qui complexifient le transfert en bloc.
 - Il est impossible pour une IPS de connaître la totalité de sa patientèle avec le niveau de pondération, car ces données ne sont pas disponibles avec certitude. On peut retracer un nombre de personnes en suivi seulement par les rapports des médecins mais on ne connaît pas la pondération de la clientèle.
 - Les données enregistrées à la RAMQ, associées aux IPS, présentent des lacunes.
 - Certaines IPS doivent prendre le temps d'enregistrer manuellement toutes les statistiques, et cela peut représenter plus de 30 minutes par jour. Pour les médecins, les données sont enregistrées automatiquement via les « Dossiers Médicaux Électroniques » (DMÉ) ce qui réduit la manipulation des données.
 - En période de pandémie, plusieurs IPS n'ont pas vu leurs données s'enregistrer, car il y avait un manque d'adjointes administratives pour saisir les données, lorsqu'on leur permet ce service.
 - Les IPSPL font de nombreuses interventions par téléphone lorsqu'il n'est pas nécessaire de faire déplacer les patients. Ces données ne sont pas visibles. Elles évitent des rendez-vous qui pourraient prendre davantage de temps clinique.
 - En raison de l'inscription obligatoire aux médecins, l'IPS ne peut pas décider, par exemple, de prendre en suivi une nouvelle personne incluant un nouveau bébé pour

- lequel elle assurerait le suivi de grossesse de la mère et le suivi du père et de la fratrie. Le médecin doit absolument accepter au préalable, et ce, même si l'IPS a la capacité d'ajouter des patients à sa patientèle.
- L'IPS est autonome pour poser un diagnostic (ex : diabète) et assurer le suivi de la personne. Afin que la vulnérabilité associée au code soit considérée, seul le médecin peut le faire. On doit donc créer un rendez-vous médical uniquement pour codifier la vulnérabilité.
 - La notion d'inscriptions obligatoires et de pondération liée à la vulnérabilité est propre au cadre de gestion des GMF. Ce cadre est une excellente base à la prise en charge en équipe mais nécessite une vision moins centrée sur le médecin. Il y a cependant des limites et il nécessite une adaptation plus centrée sur les besoins de la clientèle tenant compte de l'équipe interprofessionnelle. Une mise à jour s'impose.

Dans un souci d'accélérer la prise en charge des patients qui se trouvent sur les listes d'attente du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), ou qui sont enregistrés en ligne sur un système de prise de rendez-vous, mais également dans un souci de réduire les enjeux listés précédemment, nous recommandons :

Recommandation 1 : Que le projet de loi 11 prévoit que l'inscription de patients puisse être effectuée conjointement au nom d'un groupe d'infirmières praticiennes spécialisées et de médecins, et ce, dans l'optique d'assurer une imputabilité de groupe en tout temps. Afin de maintenir la continuité et le sentiment d'appartenance du patient, chacun sera identifié à un médecin ou à une IPSPL mais également aux infirmières cliniciennes du groupe.

L'AIPSQ souligne que cette façon de faire permettra, lors d'un départ temporaire ou permanent d'une IPS ou d'un médecin, que la répartition de la patientèle se fasse à l'ensemble des IPS et des médecins du groupe, et non à une personne spécifique, à moins qu'un transfert de groupe de patients soit déjà prévu.

Toutefois, une mise en garde s'impose : **il sera essentiel que la notion d'inscription à une IPS prévoit des mécanismes de collaboration exigeant des liens IPSPL/médecin, afin d'éviter de diriger les patients de l'IPSPL vers l'urgence faute de collaboration médicale planifiée. Il faudra aussi s'assurer que les patients inscrits à une IPSPL plutôt qu'à un médecin puissent être aussi suivis par une IPSSM et d'autres professionnels de la santé, dont les IPS de toutes les classes de spécialités, des infirmières cliniciennes, etc.**

Dans la même optique, cette inscription directe au nom de l'IPS lui permettra d'ajouter les codes de vulnérabilité pour la clientèle dans les meilleurs délais. Ceci évitera des visites médicales non nécessaires et uniquement dans un but administratif, engendrant ainsi des coûts et une perte de temps pour le patient et le médecin. Cette situation engendre des rendez-vous inutiles réduisant l'accessibilité aux rendez-vous pour d'autres patients. Actuellement, puisque seul le médecin peut identifier le code de vulnérabilité menant à la pondération de l'inscription du patient, l'IPS n'a pas accès au nombre total de patients inscrits à son nom et à son taux d'inscriptions pondérées.

Cette situation fait en sorte que de nombreuses IPS sont « sous-utilisées » en se voyant imposer un maximum de prises en charge de personnes, puisque le médecin auquel est rattachée l'IPS est déjà considéré comme ayant suffisamment d'inscriptions de patients à son nom.

Recommandation 2 : Que les IPS soient en mesure d'identifier elles-mêmes le code de vulnérabilité de leur clientèle au sein des dossiers médicaux.

Il est également important que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) face preuve de souplesse dans la planification des départs (retraite, maladie prolongée ou congé de maternité). Nous suggérons d'assurer une planification des départs par le remplacement du professionnel (IPS ou médecin) dans la répartition territoriale et de s'assurer d'un équilibre et d'une équité dans la répartition des ressources, via les DRMG, et de donner une latitude à l'équipe en prévoyant les remplacements d'IPSPL/médecins. Cette façon de faire éviterait la fermeture de cliniques de proximité.

Lorsque cela se produit, l'ensemble de la clientèle se retrouve inscrite au GAMF. Alors que des projets pour des suivis temporaires de la clientèle inscrite au GAMF existent, nous croyons important d'adresser le problème de désinscriptions d'utilisateurs directement à la source. Si toutes les cliniques existantes contribuent à un certain pourcentage de leur temps à assurer un service pour la clientèle non inscrite, il sera possible de répartir une diversité de ressources professionnelles (IPSPL, infirmières cliniciennes, etc.) dans ces milieux plutôt que de démarrer des points de services pour offrir un accès temporaire aux patients sans continuité en plus d'éviter les fermetures de cliniques par manque de médecins.

Recommandation 3 : Que les patients non inscrits à un médecin soient répartis à l'ensemble des cliniques de leur secteur pour assurer un service temporaire.

Cette souplesse doit aussi particulièrement être démontrée lors de l'évaluation de l'accessibilité aux soins et aux services, dans les cas où l'IPS ou le médecin n'est pas remplacé. Le groupe d'IPS et/ou médecins qui prend la relève de ces patients, tout en maintenant le suivi de sa propre clientèle, sera forcément moins disponible à sa propre clientèle pour la durée du

remplacement. Toutefois, cette situation étant temporaire : nous recommandons donc une souplesse dans le calcul de l'impact sur le taux d'assiduité de chacun et de chacune.

Recommandation 4 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux assure une planification des départs par le remplacement des professionnels (IPS ou médecin) au sein de la répartition territoriale avec équilibre et équité pour permettre de maintenir les cliniques de proximité ouvertes et éviter les allers-retours vers le GAMF.

Recommandation 5 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux fasse preuve de souplesse dans les calculs de taux d'assiduité et d'évaluation de l'accessibilité aux soins et aux services lors d'un congé temporaire d'une infirmière praticienne spécialisée ou d'un médecin et lorsqu'ils offrent des services à une clientèle non inscrite restreignant temporairement l'accès à leur clientèle.

Utiliser l'ensemble des ressources professionnelles disponibles

Depuis de nombreuses années, on mise spécifiquement sur l'accès à un médecin de famille ajoutant une lourdeur à leurs obligations. Toutefois, les usagers n'ont pas toujours besoin de rencontrer un médecin. L'important est de répondre à leurs besoins de santé. Il faut réfléchir en termes de meilleure ressource pour répondre à leurs besoins. Il peut s'agir d'un médecin, mais il peut aussi s'agir d'une IPS, d'une infirmière clinicienne, d'une travailleuse sociale, d'une psychologue, d'un physiothérapeute, d'un pharmacien, etc. Le travail de collaboration en équipe interprofessionnelle est primordial. L'AIPSQ est d'avis qu'il faut prévoir des mécanismes qui permettent aux ressources professionnelles d'occuper pleinement leur champ d'exercice respectif et de mobiliser l'ensemble de leurs compétences. Il ne s'agit plus de hiérarchie de soins et services, mais bien de potentialiser l'offre de service par la reconnaissance du rôle de chaque ressource professionnelle dans le but de bien répondre aux besoins des patients.

Actuellement, les patients non inscrits n'ont pas d'autres choix que de consulter les urgences et les cliniques de sans rendez-vous, même si leurs besoins nécessiteraient plutôt un suivi. Cette façon de faire n'a pas sa place aux urgences, des structures prévues pour des personnes dans une phase aiguë de la maladie nécessitant un accès immédiat à un plateau technique et à des soins d'urgence. L'AIPSQ encourage le gouvernement à revoir les trajectoires de services dans le système de santé, afin que le patient rencontre le bon intervenant pour la bonne raison de consultation.

À ce sujet, le Groupe de médecine familiale (GMF) Saint-Vallier, à Québec, a mis en place le projet Archimède, un modèle de soins et de services en partenariat avec l'utilisateur, axé sur l'utilisation optimale du champ de compétence des professionnels (**voir annexe 2**). Il existe

aussi d'autres modèles tels que celui de la clinique SABSA où on mise sur l'interdisciplinarité. L'AIPSQ est d'avis que si toutes les cliniques au Québec utilisent à bon escient l'ensemble des ressources professionnelles disponibles en potentialisant le rôle de chacune, la prise en charge de patients s'en trouvera optimisée dans toutes les régions.

En prévoyant un moment pour offrir des services à une clientèle non inscrite dans son territoire immédiat, la mobilisation sera uniformisée à l'ensemble des cliniques du Québec et nous croyons que cette action concertée permettra de faire une différence. Ceci implique toutefois que tous les professionnels de la clinique exercent en occupant pleinement leur champ d'exercice et leurs droits de prescripteurs. Bien que ce modèle dépasse le cadre du projet de loi actuellement à l'étude par la Commission de la santé et des services sociaux (CSSS), l'AIPSQ croit pertinent que ces nouvelles trajectoires de soins soient considérées afin d'améliorer la prise en charge des patients dans le réseau de la santé et elle est disposée à en discuter avec le gouvernement.

Recommandation 6 : Que les trajectoires de soins et de services soient revues afin que le patient accède au bon professionnel pour son besoin en tout temps, et ce, sans nécessairement consulter directement un médecin ou une IPS.

PARTIE 2 : RECOMMANDATIONS SUR DIFFÉRENTS ARTICLES DU PROJET DE LOI 11

L'AIPSQ a lu avec attention le projet de loi 11 et aimerait formuler quelques commentaires relativement à certains articles. Le tableau qui suit présente les articles que nous suggérons de modifier, ainsi que les commentaires de notre association à cet effet :

Article	Commentaires de l'AIPSQ
« 11. Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) doit : 1° ajouter à la clientèle dont il assure le suivi médical seulement des personnes inscrites au système d'information, ; (...) »	L'AIPSQ souhaite porter à l'attention de la Commission de la santé et des services sociaux qu'il est important de prévoir une certaine flexibilité afin de permettre à un médecin ou à une IPSPL de dispenser des soins à un membre de la famille du premier degré (parent, conjoint ou enfant), sans passer par le GAMF. Par exemple : si l'IPS ou le médecin assure le suivi d'un couple et de leurs 2 enfants, ils devraient pouvoir prendre en suivi facilement un 3 ^{ème} bébé pour cette même famille. Cette flexibilité permet de prévoir la continuité familiale dans les soins de proximité. Nous souhaitons donc nous assurer que l'enregistrement des patients ne soit pas trop restrictif, afin de ne pas empêcher cette continuité.
« 2° se rendre disponible auprès des personnes assurées, au sens de la Loi sur l'assurance maladie, au moyen du système de prise de rendez-vous visé au sixième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec ou d'un autre système dont le fournisseur a conclu une entente visée à l'article 11.1 avec le ministre. »	Il sera primordial que le système de prise de rendez-vous mis en place soit « intelligent », afin de permettre à la fois de prioriser les patients et de les diriger vers la bonne ressource (IPS, médecin ou autre professionnel) selon la raison de consultation. Si les patients sont totalement libres de choisir leurs plages horaires et les ressources consultées, le système pourrait entraîner de nombreux effets pervers. En utilisant chaque professionnel de la santé en fonction de son expertise et de ses compétences, nous croyons possible d'éviter la surconsommation des soins et des services et les visites non essentielles auprès d'un médecin. Un système de rendez-vous général n'offrant pas la possibilité de consulter d'autres professionnels de la santé deviendra vite engorgé et réduira l'accessibilité aux soins et aux services pour les patients. À nouveau, nous nous référons au projet Archimède (voir annexe 2), qui a permis d'augmenter le ratio de patients

	pris en charge par un médecin, par l'utilisation efficiente des ressources professionnelles selon les raisons de consultation.
« Le gouvernement peut, par règlement, prévoir les cas et les conditions dans lesquels un médecin peut ajouter à sa clientèle une personne autre que celle inscrite au système visé au paragraphe 1° du premier alinéa. Il peut, de même, déterminer la mesure dans laquelle un médecin doit se rendre disponible en vertu du paragraphe 2° de cet alinéa. Il peut aussi, dans un tel règlement, déterminer le pourcentage des plages horaires de disponibilité d'un médecin qui doivent être offertes du lundi au vendredi, avant 8 h et après 19 h, ainsi que le samedi et le dimanche et prévoir les exigences relatives à l'utilisation du système d'information ou d'un système de prise de rendez-vous et les renseignements qui doivent y être versés. »	Bien que l'AIPSQ comprenne l'importance d'accorder des disponibilités diverses aux patients pour une consultation, nous souhaitons ici souligner l'importance d'éviter l'épuisement dans les équipes de soins. Les professionnels de la santé doivent avoir la possibilité et la liberté de prendre une pause, particulièrement dans le cadre actuel où il existe un manque de personnel dans le réseau, et où les ressources actuelles sont épuisées. Cet énoncé au sein du projet de loi devrait à notre avis être construit en termes « d'équipe de soins » et non en termes d'IPS ou médecin spécifiquement. L'impact de la prise en charge des patients au sans rendez-vous doit donc être absorbée par une équipe plutôt que par un individu. L'obligation d'ajouter un patient avant 8h ou après 19h ne tient pas compte de la réalité clinique. Par exemple, le modèle d'Archimède permet une assignation au sans rendez-vous en rotation pour les professionnels de l'équipe, et c'est à l'intérieur de ces plages horaires que des patients sont ajoutés. Il y a aussi l'option de l'accès adapté qui permet d'ajouter la personne en fonction du besoin, tenant compte de la raison de consultation. Cela permet une gestion beaucoup plus saine, autant pour les patients que pour les professionnels du réseau de la santé et évite l'épuisement professionnel.
« 11.1. Afin de permettre la prise de rendez-vous auprès d'un même médecin au moyen de plus d'un système de prise de rendez-vous, le ministre peut conclure une entente avec un fournisseur d'un système de prise de rendez-vous autre que celui visé au sixième alinéa de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5).	L'AIPSQ invite le gouvernement à faire preuve de souplesse dans l'application d'un tel modèle, pour éviter de mettre à risque la qualité du suivi qu'auront les patients lors de leurs rendez-vous. En transmettant des plages de rendez-vous en durée ferme, on ne peut plus moduler en fonction des raisons de consultation. Les horaires des IPS et des médecins doivent demeurer flexibles pour tenir compte de la nature de chaque consultation et du temps requis pour dûment la

Dès qu'une première entente est conclue, le ministre doit veiller à la gestion de la prise de rendez-vous au moyen de ces systèmes notamment en prenant les moyens nécessaires pour éviter que plus d'un rendez-vous ne soit pris pour une même plage horaire de disponibilité. <u>Dès qu'une telle entente est conclue, tout médecin visé à l'article 11 doit transmettre au ministre ses plages horaires de disponibilité visées à cet article, selon la forme, la teneur et la périodicité déterminées par règlement du gouvernement.</u>	compléter. En d'autres mots, bien que la volonté d'augmenter le nombre de patients vus chaque jour soit noble, cette façon de procéder ne doit pas tendre à généraliser les rendez-vous plus courts. Un rendez-vous trop court (moins de trente minutes) implique parfois que le soignant ne sera pas en mesure d'analyser adéquatement l'enjeu du patient, à moins que la raison de consultation soit très simple. Dans le cas contraire, on doit alors bombarder le patient de questions, ce qui laisse peu de place à l'expression de son besoin, pourtant une composante essentielle de la qualité des soins accordés au patient. À titre d'exemple, le projet Archimède met l'accent sur les trajectoires de soins. Le taux d'assiduité de la clinique est de 88% et la durée des rendez-vous est de 30 minutes et plus, le temps requis pour accorder un temps d'enseignement et d'autodétermination au patient est présent. En lui indiquant en détail quels sont les éléments normaux et anormaux, et à quel moment il est important de consulter, cela permet d'éviter un grand nombre de consultations inutiles par la suite.
--	--

L'AIPSQ recommande donc au gouvernement :

Recommandation 7 : Qu'une flexibilité soit prévue dans la prise en charge des patients afin de permettre aux médecins ou aux IPS de prendre en charge des membres de la famille immédiate du patient, dans une perspective de continuité familiale sans passer par le GAMF.

Recommandation 8 : Que le système de prise de rendez-vous soit « intelligent », afin de permettre de prioriser les patients et de les diriger vers la bonne ressource, selon la raison de la consultation.

Recommandation 9 : Que la disponibilité et la prise en charge de patients au sans rendez-vous soient considérées en termes d'équipes de soins plutôt qu'en termes d'individus, afin d'éviter l'épuisement des ressources professionnelles.

Recommandation 10 : Que la volonté d'augmenter le nombre de patients vus chaque jour par les membres d'une équipe de soins ne soit pas synonyme d'une réduction du temps consacré à chacun des rendez-vous.

PARTIE 3 : RAPPEL DES RECOMMANDATIONS DE L'AIPSQ

La question de la santé mentale

Les nouvelles trajectoires de soins et l'accessibilité aux soins et services pour les patients nous amènent également à aborder la question de la santé mentale. Le contexte de la pandémie liée à la COVID amplifie les besoins populationnels à cet égard et l'AIPSQ considère que l'on ne peut se passer des IPS pour rendre accessibles les soins et services à cette clientèle. Dans le mémoire déposé lors des consultations particulières pour 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* (AIPSQ, 2019), l'AIPSQ avait recommandé plusieurs mesures qui auraient permis une meilleure intégration entre les troubles de santé physique et de santé mentale, ainsi qu'une meilleure accessibilité à ces soins pour les patients qui consultent une IPS.

Malheureusement, la contribution des IPS à l'amélioration de l'accessibilité aux soins et services en santé mentale n'est toujours pas optimale malgré l'entrée en vigueur de la Loi 6, qui découlait du projet de loi 43.

Nous saluons l'engagement du gouvernement d'investir 13,47 millions \$ sur cinq ans dans son *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, lequel vient reconnaître le rôle incontournable des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en santé mentale pour améliorer l'accès aux soins et services, notamment dans les services de proximité et certaines urgences. Leur expertise est essentielle. Toutefois, **il faut souligner l'importance de maintenir leur expertise dans certains milieux spécialisés et ultraspecialisés en centres hospitaliers** où d'excellents services ont été créés en collaboration avec des IPSSM et ne pas miser uniquement sur leur apport en première ligne. De plus, certaines IPSSM peuvent offrir des services de psychothérapie, un accès fort limité dans le contexte actuel. Il faudrait voir à alléger les lourdeurs administratives favorisant le processus d'obtention du permis de psychothérapeute.

Recommandation 11 : Que l'expertise des IPSSM soient maintenues dans les milieux spécialisés et ultraspecialisés en plus de la première ligne, et qu'elles puissent obtenir leur permis d'exercice de la psychothérapie plus facilement, dans le contexte où l'accès à des psychologues et autres professionnels psychothérapeutes est restreint.

De plus, chaque IPSSM n'a pas accès à un psychiatre collaborateur dans le cadre de sa pratique. Dans un contexte où la contribution de chacun et le travail d'équipe sont incontournables, il est souhaitable que des trajectoires de services claires soient créées pour que chaque IPSSM ait accès à un psychiatre collaborateur.

Par le fait même, l'AIPSQ invite le gouvernement du Québec à saisir l'opportunité pour actualiser le cadre réglementaire 2014 en vigueur et faire tomber certaines restrictions qui limitent toujours l'utilisation optimale des IPS de certaines classes de spécialités dans le domaine de la santé mentale.

L'AIPSQ souhaite notamment que les IPS de toutes les spécialités puissent évaluer et poser un diagnostic pour certains troubles mentaux selon leur niveau de formation et leur expertise pour répondre aux besoins de leur clientèle. En ce moment, les IPS de trois classes de spécialités (soins de première ligne, soins aux adultes et soins pédiatriques) ne peuvent toujours pas le faire. Elles doivent transférer les patients vers une IPS en santé mentale, un médecin de famille, ou une autre ressource professionnelle, dédoublant ainsi les services en contexte de pénurie, mais surtout retardant l'accessibilité à des soins et services disponibles en temps opportun. Ceci constitue un risque de préjudice évitable.

Actuellement, lorsqu'un patient au sans rendez-vous ou en suivi consulte une IPSPL, et qu'un diagnostic de santé mentale et/ou un plan de traitement pharmacologique sont nécessaires, l'IPSPL doit référer ce patient vers une IPSSM ou un médecin, entraînant ainsi des délais dans l'évaluation, la pose du diagnostic et le plan de traitement pharmacologique approprié. De plus, faute d'accès à un psychologue ou à une travailleuse sociale, certaines IPSSM offrent un accompagnement prolongé à des patients ce qui nécessite de pouvoir faire de la psychothérapie. Il est impératif de modifier les trajectoires de soins et de services afin de libérer les IPSSM, les médecins et les autres ressources psychosociales lorsque les raisons de consultation ne nécessitent pas une approche spécialisée ou ultraspécialisée. L'expertise des IPSSM doit être utilisée à bon escient dans les cas les plus complexes et ne répondant pas aux soins de première ligne. Renforcer les compétences de tous les professionnels de la santé, IPSPL / IPSSA / IPSSP, afin qu'une maîtrise optimale de l'évaluation et du suivi des troubles mentaux soient renforcée et que les personnes visées soient mieux accompagnées, dépistées et référées en temps opportun.

Pour un système de santé performant et pour améliorer l'accessibilité, en complément au projet de loi 11, il faudrait que les IPS de toutes les spécialités puissent poser le diagnostic pour les troubles mentaux selon leur expérience, leur expertise et leur niveau de formation afin de répondre aux besoins de leur clientèle.

Recommandation 12 : Que le champ d'exercice des IPS inclut le diagnostic des maladies physiques et mentales, toutes spécialités confondues.

Dans un autre ordre d'idées, les IPSNN, IPSSA, IPSSM et IPSSP, ne peuvent toujours pas admettre ou donner un congé hospitalier à un patient. En leur donnant cette latitude, elles pourraient favoriser la fluidité des entrées et sorties des patients hospitalisés, en libérant des lits sur les étages et en désengorgeant les urgences.

Recommandation 13 : Qu'il soit permis aux IPS d'admettre les patients et de leur donner le congé hospitalier au moment opportun.

Les IPSPL et les IPSSM en soins de proximité ne peuvent toujours pas référer des patients vers un médecin spécialiste via le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) sans signature médicale obligatoire. Cela peut créer un préjudice au patient, puisque les résultats sont alors acheminés au médecin de famille plutôt qu'à l'IPS qui assure le suivi, entraînant parfois un bris de service et un retard dans les suivis.

Recommandation 14 : Que les IPS soient en mesure de référer les patients vers les milieux spécialisés et de proximité par le biais du Centre de répartition des demandes de services (CRDS), sans que la signature d'un médecin ne soit requise.

CONCLUSION

Bien que ce projet de loi 11, *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre*, ne traite pas directement des infirmières praticiennes spécialisées, l'AIPSQ souhaitait soulever plusieurs points d'importance au sein de ce mémoire, afin d'assurer à la population québécoise un meilleur accès aux soins et aux services.

Nous croyons à l'importance d'utiliser chaque professionnel de la santé à son plein potentiel. C'est entre autres dans cette optique que nous proposons ici que les IPS puissent enregistrer des patients en leur nom au registre de la RAMQ. De la même manière, nous souhaitons que le système de prise de rendez-vous utilisé par les Québécois et les Québécoises permette, de prime abord, de faire un tri « intelligent » des raisons des consultations afin de les diriger vers la bonne ressource professionnelle.

D'ailleurs, sans l'aborder en détail au sein de ce projet de loi, l'AIPSQ réfléchit à la possibilité de sortir du cadre de gestion des GMF tel qu'on le connaît, d'innover et d'expérimenter de nouveaux modèles de cliniques qui seraient gérées par des IPS, en collaboration avec des médecins et une équipe interprofessionnelle. Nous croyons que le gouvernement pourrait bénéficier de ce type de cliniques, notamment en termes d'accessibilité et de formation/recherche universitaire. Il est temps également de cesser de se concentrer sur un nombre d'inscriptions, mais de prendre en considération les suivis permanents, temporaires et ponctuels pour décider combien de patients seront attribués à un professionnel de la santé. Ainsi, certains professionnels pourraient assurer le suivi de beaucoup plus de patients. La vulnérabilité influence grandement le nombre de personnes pour lesquelles un suivi sera assuré.

Nous souhaitons remercier la Commission de la santé et des services sociaux de nous avoir permis de participer à ce processus de consultation. Le projet de loi 11 permettra, avec quelques modifications, une meilleure prise en charge des patients par le réseau sans miser sur la contrainte, le débit des rendez-vous et les heures excessives de pratique clinique qui risquent d'épuiser les ressources professionnelles. Il est temps de potentialiser et valoriser les forces de chacun des professionnels du réseau de la santé pour qu'en équipe, on offre des soins de qualité, sécuritaires et en partenariat avec les patients, leur famille et leurs proches.

RÉFÉRENCES

- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019), Commentaires sur le projet de loi 43. Repéré à : [https://aipsq.com/images/M%C3%A9moire_AIPSQ - PL_n43 - Finale.pdf](https://aipsq.com/images/M%C3%A9moire_AIPSQ_-_PL_n43_-_Finale.pdf)
- 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 du rôle, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé. Récupéré à <https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/les-facteurs>
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). (2015), Cadre de gestion – groupe de médecine de famille (GMF) et groupe de médecine de famille-réseau (GMF-R). Repéré à : <https://fmoq.s3.amazonaws.com/pratique/organisation-de-la-pratique/gmf/CadredegestionGMF-150715.pdf>
- 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
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (s.d.). Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF-Réseau). Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupes-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>
- 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. 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. 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. 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. www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices

ANNEXE 1 : MILIEUX DE PRATIQUE ET CLIENTÈLE DES IPS PAR CLASSES DE SPÉCIALITÉS

Classes de spécialités	IPSNN	IPSSM	IPSSA	IPSSP	IPSPL
Milieus 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 ▪ Cliniques ambulatoires spécialisées de cardiologie ▪ Cliniques de relance ▪ Unité coronarienne (soins intensifs) ▪ Urgence Services de néphrologie : ▪ Hémodialyse, pré-dialyse ▪ Dialyse péritonéale ▪ Service de greffe rénale 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 ▪ Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (OIIQ et CMQ, 2019a)
Clientèles	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
Types de problèmes de santé	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

Laliberté, Levasseur, Roussy, Trudel et coll. (2019) ; AIPSQ (2019e), OIIQ et CMQ (2019 a,b,c,d,e)

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 2 : MODÈLE ARCHIMÈDE



Modèle de soins et de services en partenariat avec l'utilisateur axé sur l'utilisation optimale du champ de compétences des professionnels

Laliberté, C.
IPSP, M.Sc. Inf., D.E.S.S.

Accessibilité
Qualité, continuité
Accès adapté
Utilisation optimale des ressources
Usager partenaire

Contexte

Au Québec, l'accès aux soins de santé de première ligne demeure difficile entre autres puisqu'il est synonyme d'accessibilité aux médecins de famille.

Le départ à la retraite de plusieurs médecins a amené l'équipe du Groupe de médecine familiale (GMF) Saint-Vallier à innover afin de pouvoir continuer à répondre aux besoins complexes et variés de la population. En effet, une proportion importante d'utilisateurs fréquentant le GMF Saint-Vallier présente des conditions socioéconomiques défavorables, et le poids démographique des personnes de 65 ans et plus est en constante progression.

Le projet Archimède vise une accessibilité accrue à des ressources professionnelles diversifiées afin que le médecin de famille ne soit pas systématiquement sollicité lors des visites des utilisateurs.

Une équipe de recherche est impliquée pour l'évaluation d'implantation du projet.

Objectifs

Améliorer l'accessibilité aux soins et aux services de proximité en utilisant la bonne ressource au bon moment.

Implanter un nouveau modèle de soins et de services en partenariat avec l'utilisateur et axé sur l'utilisation optimale du champ de compétences de tous les professionnels de la clinique.

Développer la continuité de l'offre de soins et de services en partenariat avec l'utilisateur et en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle.

Description de la nouvelle pratique

Élaboration d'un modèle de soins et de services en partenariat avec l'utilisateur axé sur l'utilisation optimale du champ de compétences de tous les professionnels de la clinique.

Accessibilité :

En fonction du besoin qu'il exprime, l'utilisateur a accès rapidement au bon professionnel au moment opportun sans avoir à être rencontré d'emblée par le médecin.

Qualité, continuité, réponse rapide à un besoin :

- Tous les intervenants peuvent référer un utilisateur à un autre professionnel à toutes les étapes du suivi sans passer par le médecin.
- Lors d'une consultation au « sans rendez-vous » (SRV), l'utilisateur est dirigé vers le bon professionnel le jour même, en fonction de la raison de consultation.
- Les médecins travaillent en synergie avec l'équipe interprofessionnelle.
- Les utilisateurs sont sensibilisés à une utilisation optimale et adéquate des rendez-vous en fonction des raisons de consultation, particulièrement au sans rendez-vous.

Gestion de temps efficace en offrant une réponse rapide aux besoins (accès adapté) :

- Le besoin de l'utilisateur détermine le moment opportun où il sera vu par la bonne ressource à la clinique.

L'accès aux plages de rendez-vous disponibles peut se faire :

- Le jour même.
- À l'intérieur de 48 heures.
- À l'intérieur de deux à quatre semaines.

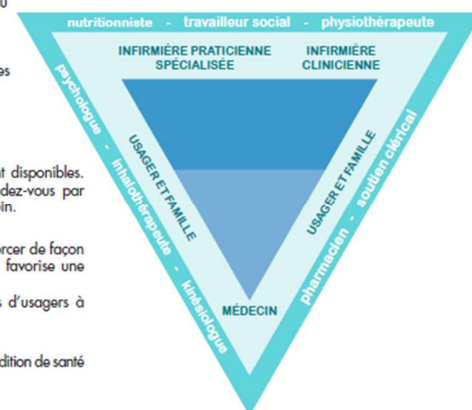
L'utilisateur sait que des rendez-vous seront disponibles. Il en vient à éviter de prendre des rendez-vous par routine, mais plutôt parce qu'il a un besoin.

Utilisation optimale des ressources :

- Les professionnels ont l'opportunité d'exercer de façon optimale leur champ d'exercice, ce qui favorise une meilleure accessibilité pour les utilisateurs.
- Augmentation du nombre d'inscriptions d'utilisateurs à la clinique.

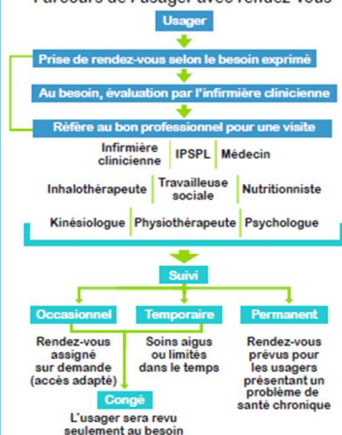
Partenariat avec l'utilisateur :

- L'expertise de l'utilisateur relativement à sa condition de santé et de bien-être est prise en compte.



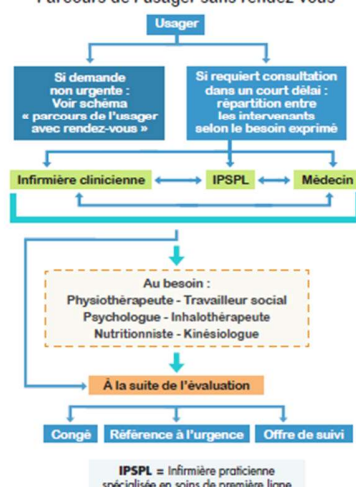
Offre de service

Parcours de l'utilisateur avec rendez-vous



Prise de rendez-vous :
Disponibilité des RV de suivi à l'intérieur de 2 semaines ou plus rapide (48 à 72 heures) selon le besoin.

Parcours de l'utilisateur sans rendez-vous



IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Retombées anticipées du projet Archimède

Bénéfices pour les utilisateurs :

- Gestion précoce des problèmes de santé afin de réduire les complications et les hospitalisations.
- Implication de l'utilisateur dans les soins et services et reconnaissance de son expertise en tant qu'utilisateur partenaire.
- Accès téléphonique à l'équipe soignante afin de favoriser des services en temps opportun (réduction du stress, des complications, des consultations dans d'autres cliniques offrant du sans rendez-vous ou à l'urgence).
- Accès à un rendez-vous rapidement.
- Meilleur taux de satisfaction à l'égard des soins et des services.

Bénéfices pour les médecins et les professionnels de la santé :

- Optimisation du travail de collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle.
- Utilisation optimale des compétences des divers professionnels de la santé et des services sociaux.
- Accès à des collègues de champs disciplinaires diversifiés dans les mêmes lieux physiques permettant de faciliter la réponse aux besoins d'une clientèle dite vulnérable.
- Développement des compétences pour les professionnels de l'équipe.
- Doublement du nombre d'inscriptions pondérées par médecin.

Bénéfices pour le système public de santé :

- Meilleure adéquation entre les besoins de la population et l'allocation des ressources professionnelles au sein de l'équipe interprofessionnelle :
- Prise en charge efficace des utilisateurs. L'utilisateur est vu par le bon professionnel au bon moment :
- En ce qui concerne le médecin, il rencontre l'utilisateur seulement si l'infirmière clinicienne ou l'IPSPL ne peuvent pas répondre à son besoin ou si la situation nécessite une intervention médicale obligatoire.



Meilleure utilisation des ressources financières allouées au système public de santé, d'où une possible réduction des coûts liés à de multiples consultations.

Direction responsable :
Direction des soins infirmiers et santé physique

Partenaires :
GMF Saint-Vallier : les médecins et professionnels sont soutenus par une équipe administrative et clinique dédiée.
Direction de la recherche, Direction des services multidisciplinaires, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
Projet soutenu par le Service du développement des pratiques innovantes, de leur évaluation et du transfert de connaissances
Projet financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (financement janvier 2017 à mars 2021)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

PROJET ARCHIMÈDE © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2020

Dernière mise à jour : 30.07.2020

ANNEXE 3 : QU'EST-CE QU'UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE?



Qu'est-ce qu'une

INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE?

L'infirmière praticienne spécialisée possède des compétences de haut niveau qui se déploient autour de :

- Évaluation avancée de l'état de santé
- Pose d'un diagnostic
- Prise en charge thérapeutique selon les meilleurs traitements
- Relation et communication avec la personne : partenariat avec la personne et sa famille
- Collaboration, consultation avec les professionnels de la santé
- Gestion des conflits d'intérêts conformément à l'éthique et à la déontologie.
- Promotion de la santé et prévention de la maladie et des blessures
- Leadership clinique auprès des membres des équipes intra et interprofessionnelles; soutien clinique des infirmières

aipsaq.com

EN COLLABORATION AVEC :
La Direction nationale des soins et services infirmiers,
Direction générale des affaires universitaires, médicales,
infirmières et pharmaceutiques du Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RÉFÉRENCES
Direction nationale des soins et services infirmiers
Association des infirmières praticiennes spécialisées
du Québec

2021-03-09



ACTIVITÉS DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

- Diagnostique des maladies
- Prescrit des examens diagnostiques
- Utilise des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice
- Détermine des traitements médicaux
- Prescrit des médicaments et d'autres substances
- Prescrit des traitements médicaux
- Utilise des techniques ou applique des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice
- Effectue le suivi de grossesses

De plus, l'IPS remplit divers formulaires notamment :

- Certificat médical (CNESS, SAAQ)
- Certificat de retrait préventif



CLASSES DE SPÉCIALITÉS

- **SOINS DE PREMIÈRE LIGNE**
Personne de tout âge qui requiert des soins de proximité
- **SOINS AUX ADULTES**
Personne adulte qui requiert des soins spécialisés et ultra-spécialisés
- **SANTÉ MENTALE**
Personne de tout âge qui requiert des soins dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines
- **NÉONATOLOGIE**
Nouveau-né qui requiert des soins spécialisés et ultra-spécialisés
- **PÉDIATRIE**
Clientèle pédiatrique qui requiert des soins spécialisés et ultra-spécialisés



L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

Professionnelle incontournable pour :

- L'accès aux soins et aux services de santé
- La prise en charge thérapeutique
- Le suivi clinique
- Le partenariat avec le patient et sa famille
- La prévention des maladies et des blessures
- La promotion de la santé
- La qualité et la sécurité des soins et leur continuité



POUR EXERCER AU QUÉBEC L'IPS DOIT :

- Détenir un certificat de spécialiste délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Posséder une maîtrise en sciences infirmières et un diplôme d'études supérieures spécialisées qui en font une experte en soins infirmiers
- Avoir développé des compétences et un raisonnement clinique visant à répondre aux problèmes de santé d'une clientèle particulière nécessitant des soins spécialisés

