



**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 n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

**Mai 2023**

## **PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION**

L'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) a été fondée en 2005 afin d'assurer le développement, la mise en valeur, la pérennité ainsi que l'uniformité du rôle des infirmières praticiennes spécialisées (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'AIPSQ représente 1013 membres, provenant de chacune des cinq classes de spécialités : IPS en néonatalogie (IPSNN), IPS en santé mentale (IPSSM), IPS en soins de première ligne (IPSPL), IPS en soins aux adultes (IPSSA), IPS en soins pédiatriques (IPSSP). Au fil des années, elle est devenue une référence en pratique infirmière avancée, notamment quant au rôle des IPS au Québec, dans le milieu francophone européen, ainsi qu'au Brésil et au Japon. L'AIPSQ est membre de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec et du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) qui fédère depuis 20 ans l'expertise infirmière, en plus de faire rayonner sa capacité d'innovation et sa contribution essentielle à la santé des populations.

L'AIPSQ vise à bien faire connaître, comprendre et identifier les divers enjeux liés à la pratique des IPS en termes d'efficience et d'accessibilité aux services de santé pour les patients et est heureuse de partager son expertise avec le gouvernement lors de travaux sur différents projets de loi ou de règlements connexes.

L'AIPSQ remplit sa mission par les moyens suivants :

1. en assurant la représentativité des IPS auprès des différentes instances stratégiques;
2. en effectuant la promotion de la pratique des IPS dans les médias, auprès des établissements scolaires, des professionnels de la santé et de la population;
3. en fidélisant ses membres afin de s'accorder des moyens d'action;
4. en développant un réseau d'échanges professionnels et en informant les membres des enjeux et tendances en émergence;
5. en créant et en mettant à la disposition de ses membres une offre de développement professionnel.

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 no 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. 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.

## SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

### **GOUVERNANCE DE SANTÉ QUÉBEC**

1. Renforcer le positionnement de la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) au sein de l'organigramme du MSSS.
2. Que la composition du conseil d'administration de Santé Québec soit représentative équitablement de l'ensemble des professionnels de la santé du réseau.
  - 2.1. Qu'un siège y soit réservé pour un représentant de la profession infirmière et un autre spécifiquement pour une infirmière praticienne spécialisée.
3. Que le programme national sur la qualité des services soit élaboré avec la participation de multiples professionnels du réseau, incluant une IPS

### **OFFRE DE SERVICES SOUS LA RESPONSABILITÉ DES PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX**

4. Bonifier l'article 347 du projet de loi par l'ajout d'un 5<sup>e</sup> alinéa qui se lirait ainsi:  
*5<sup>o</sup> **crée des conditions favorables à l'accès aux services infirmiers**, à leur continuité et à leur mise en réseau, de concert avec les directions des soins infirmiers et les conseils des infirmières et infirmiers, en portant une attention particulière:*
  - a) *à l'accessibilité aux ressources appropriées dont les plateaux techniques diagnostiques, incluant pour les cliniques de proximité intégrant des IPS;*
  - b) *à la disponibilité des informations cliniques pertinentes (résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers);*
  - c) *à l'organisation du travail en interdisciplinarité par un accès facilité à l'ensemble des professionnels de la santé et psychosociaux ainsi qu'à des médecins de famille ou des médecins spécialistes le cas échéant.*

### **LE CONSEIL INTERDISCIPLINAIRE**

5. Que le conseil interdisciplinaire intègre au moins un membre du comité exécutif de chacun des quatre conseils professionnels d'un même établissement. (Article 154)
6. Que, dans un souci de pratique interprofessionnelle équitable, les membres du comité exécutif soient désignés par le conseil et le président-directeur général.

Ou :

Que les directions des soins infirmiers et des conseils multidisciplinaires aient, au même titre que le directeur médical, un droit de regard par rapport à la désignation des cinq membres du comité exécutif du conseil interdisciplinaire. (Article 155)

7. Que les responsabilités du conseil interdisciplinaire et celles de chaque comité professionnel soient clarifiées afin d'éviter le dédoublement des mandats et clarifier l'imputabilité de chacun. Le conseil interdisciplinaire doit être une instance neutre d'harmonisation et de concertation.

#### **LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS**

8. Qu'un comité d'IPS relevant du CII soit formé pour exécuter les obligations prévues à l'article 258, comme c'est prévu pour les infirmières-auxiliaires.
9. Que le comité exécutif du CII inclut au moins une IPS membre du comité des IPS.

#### **RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX**

- 10 Intégrer un doyen de la faculté de sciences infirmières ou son représentant désigné sur le comité de direction des RUISS.
- 11 Inclure des processus clairs de planification et d'obligation liés à l'accès aux places de stages pour les IPS et à leur exposition aux situations cliniques pertinentes à leur pratique.

#### **CLINIQUES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)**

- 12 Amender le projet de loi afin de faciliter l'implication éventuelle des IPS dans les cliniques d'interruption volontaire de grossesse

## **PARTIE 1 :**

### **ACCUEIL AVEC OUVERTURE DU PROJET DE LOI 15**

D'entrée de jeu, nous accueillons positivement la volonté du gouvernement de renouveler l'encadrement du système de santé et de services sociaux. Malgré la bonne volonté des intervenants sur le terrain au cours des dernières années, des défis importants persistent pour nous assurer que les patients reçoivent les soins optimaux auxquels ils ont droit, et ce, par les bons professionnels, aux bons endroits et en temps opportun.

L'AIPSQ souscrit donc aux objectifs du projet de loi pour faciliter l'accès, renforcer la coordination des différentes composantes du système et rapprocher des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services. Nous croyons toutefois que des changements au niveau de l'administration doivent être faits pour y parvenir, notamment en positionnant stratégiquement la gouvernance infirmière afin de valoriser l'expertise liée aux sciences infirmières au sein du réseau, mais aussi celle de l'ensemble des professionnels de la santé. Ces modifications permettront de s'éloigner du modèle historique axé davantage sur l'idéologie paternaliste du professionnel de la santé détenant la réponse aux besoins du patient et permettront de reconnaître l'expertise de ce dernier dans le choix et la détermination des soins qui lui sont offerts. Nous souhaitons que ce projet de loi permette effectivement de maintenir une offre de service renouvelée, bonifiée et centrée principalement sur les besoins des patients.

Nous sommes particulièrement satisfaits que l'interdisciplinarité soit au cœur même du projet de loi. Cela permettra de reconnaître l'expertise des divers professionnels qui œuvrent auprès du patient, rendant la prestation de soins plus efficace et centré sur celui-ci, à son grand bénéfice.

L'interdisciplinarité est le cheval de bataille de l'AIPSQ depuis sa création. Dans les dernières années, nous avons mis de l'avant plusieurs dossiers dont l'objectif principal était de rehausser le rôle des IPS dans une logique collaborative aux services des patients afin de bonifier l'accessibilité et la fluidité des services tout en réduisant les pertes financières associées à la surutilisation des services et au dédoublement des rendez-vous. Plusieurs propositions ont été retenues par le gouvernement. Pensons notamment au pouvoir de diagnostic des IPS, au déploiement de cliniques d'IPS et à la possibilité éventuelle pour les IPS d'offrir l'aide médicale à mourir.

Le projet de loi 15 s'inscrit donc dans la poursuite de nos objectifs et constitue une reconnaissance importante de l'apport des IPS, mais aussi de tous les professionnels de la santé comme force unique et synergique aux bénéfices de la population québécoise!

Bien que satisfaits par l'orientation majeure du PL15 sur l'interdisciplinarité, la collaboration interprofessionnelle et les soins centrés sur les patients, nous souhaitons apporter des précisions et émettre des recommandations afin que le résultat soit en enlignement parfait avec les orientations proposées. Nous vous soumettons donc des recommandations regroupées selon sept thèmes.

## **1. GOUVERNANCE DE SANTÉ QUÉBEC**

Les objectifs visés par la mise en place de Santé Québec nous semblent bons. L'AIPSQ considère qu'il est approprié que le ministre de la Santé et des Services sociaux ait la charge de définir les grandes orientations et que Santé Québec s'occupe des opérations. Cela clarifie la répartition des responsabilités et permettra au ministre de concentrer ses énergies à développer une vision à plus long terme du réseau et de la concrétiser dans les meilleurs délais.

Cela dit, dans une logique d'interdisciplinarité et d'équité entre les divers professionnels de la santé, nous souhaitons nous assurer que chaque corps professionnel soit au même niveau décisionnel incluant l'expertise infirmière.

Ainsi, nous estimons essentiel de renforcer le positionnement de la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) au sein de l'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour nous assurer qu'elle ait un niveau de responsabilité et un pouvoir de décision équivalents aux directions médicales et celles des autres disciplines professionnelles.

Le Québec compte plus de 82 000 infirmières, ce qui représente le groupe professionnel le plus important du réseau de la santé et des services sociaux. Celles-ci n'étaient pas représentées au MSSS jusqu'en 2011. La création du poste stratégique de DNSSI fut alors une avancée significative dans la bonne direction. Maintenant, il nous apparaît impératif de positionner stratégiquement ce poste afin de réaffirmer l'importance de la gouvernance infirmière au sein du MSSS. À l'heure actuelle, la DNSSI travaille souvent dans l'ombre, alors qu'elle a un rôle essentiel à jouer dans le plein déploiement du rôle de plusieurs professionnels de la santé. Elle doit obtenir des pouvoirs décisionnels accrus dans la nouvelle hiérarchie qui sera mise en place à la suite de l'adoption du projet de loi 15. Son expertise ainsi valorisée et reconnue saura contribuer directement à l'optimisation de l'efficacité du réseau de santé québécois.

Dans un deuxième temps, nous constatons que la composition du conseil d'administration de Santé Québec reste à définir. L'AIPSQ recommande que la composition du CA soit représentative équitablement de l'ensemble des professionnels de la santé du réseau. Il est essentiel que sa composition soit interprofessionnelle afin de demeurer exempte de conflit d'intérêt professionnel ou politique, réel ou apparent. Il est essentiel de prévoir minimalement un siège réservé pour un représentant de la profession infirmière et un autre spécifiquement pour une infirmière praticienne spécialisée. À noter que l'AIPSQ englobe les collègues médecins parmi l'ensemble des professionnels de la santé. Ainsi, à partir d'ici, tout au long de notre mémoire, il n'y aura aucune distinction spécifique faite à cet égard. Quand nous parlons des professionnels de la santé, nous incluons les médecins.

Finalement, nous constatons à l'article 24 que Santé Québec aura comme mission de déployer un programme national sur la qualité des services. Encore une fois, il est essentiel que des infirmières ainsi que d'autres professionnels de la santé, en répartition équitable s'y retrouvent.

**Recommandations :**

1. Renforcer le positionnement de la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) au sein de l'organigramme du MSSS.
2. Que la composition du conseil d'administration de Santé Québec soit représentative équitablement de l'ensemble des professionnels de la santé du réseau.
  - 2.1. Qu'un siège y soit réservé pour un représentant de la profession infirmière et un autre spécifiquement pour une infirmière praticienne spécialisée.
3. Que le programme national sur la qualité des services soit élaboré avec la participation de multiples professionnels du réseau, incluant une IPS

**2. OFFRE DE SERVICES SOUS LA RESPONSABILITÉ DES PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX**

L'article 347 du projet de loi établit que « le président-directeur général de l'établissement territorial doit s'assurer de l'offre de services requis pour satisfaire aux besoins sociosanitaires et aux particularités de la population de chaque territoire dont celui-ci est responsable », tout en prévoyant des obligations spécifiques pour certains volets, notamment de créer des conditions favorables à l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés. Cette obligation est pertinente. Nous croyons que, pour assurer les soins optimaux aux patients, il faudrait aussi prévoir une obligation liée aux soins infirmiers. **Toujours dans un contexte d'interdisciplinarité, il est suggéré de penser aussi aux autres professionnels qui prescrivent afin d'inclure les mêmes conditions pour ces derniers.**

**Recommandations :**

4. Bonifier l'article 347 du projet de loi par l'ajout d'un 5<sup>e</sup> alinéa qui se lirait ainsi:

*5<sup>o</sup> crée des conditions favorables à l'accès aux services infirmiers, à leur continuité et à leur mise en réseau, de concert avec les directions des soins infirmiers et les conseils des infirmières et infirmiers, en portant une attention particulière:*

  - d) à l'accessibilité aux ressources appropriées dont les plateaux techniques diagnostiques, incluant pour les cliniques de proximité intégrant des IPS;*
  - e) à la disponibilité des informations cliniques pertinentes (résultat d'exams diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers);*
  - f) à l'organisation du travail en interdisciplinarité par un accès facilité à l'ensemble des professionnels de la santé et psychosociaux ainsi qu'à des médecins de famille ou des médecins spécialistes le cas échéant.*

### 3. LE CONSEIL INTERDISCIPLINAIRE

Nous accueillons favorablement la création du conseil interdisciplinaire (CI). L'AIPSQ considère que cette instance pourra permettre de créer un réel point de contact entre les quatre conseils professionnels prévus au projet de loi, évitant ainsi le travail en silo. L'interdisciplinarité est au cœur de notre mission. Par la création du CI, le gouvernement envoie un signal majeur sur la philosophie du changement qui caractérise son Plan Santé.

Selon nous, le CI doit servir de lieu d'échanges et d'arrimage, où les intérêts des quatre conseils professionnels d'un même établissement sont réunis pour dégager des consensus. En ce sens, nous recommandons de modifier l'article 154 du projet de loi pour s'assurer que, parmi les quatre catégories de professionnels qui y siègeront, il y ait au moins un membre du comité exécutif de chaque conseil professionnel. Cela permettra d'assurer une meilleure coordination.

Le comité exécutif actuellement prévu au conseil interdisciplinaire nécessite un ajustement. L'article 155 prévoit qu'il doit être composé de « cinq membres désignés par le conseil, par le président-directeur général de l'établissement et par le directeur médical nommé ». Dans un souci de pratique interprofessionnelle équitable, il est recommandé que les membres du comité exécutif soient désignés par le conseil et le président-directeur général. Si le directeur médical a un vote spécifique, cela nécessiterait que la direction des soins infirmiers et les directions multidisciplinaires de santé physique et services sociaux aient aussi un vote spécifique.

Nous recommandons de clarifier les rôles et responsabilités du CI pour s'assurer qu'il n'y ait pas de dédoublement avec le CII et les autres comités. Ils doivent être complémentaires. Cependant, l'article 153, qui établit les fonctions des CI, reprend certaines fonctions qui sont aussi prévues aux CII aux articles 255 et 256, notamment en ce qui a trait l'élaboration des trajectoires de services cliniques. Le CI doit donc être un lieu commun de concertation pour les décisions prises au sein des quatre comités sous-jacents.

Finalement, nous recommandons que les 4 conseils (CII<sup>1</sup>, CMDPSF<sup>2</sup>, CMSSO<sup>3</sup>, CMSSA<sup>4</sup>) aient un pouvoir égalitaire et que le conseil interdisciplinaire soit une instance neutre qui s'assure de coordonner et d'arrimer les avis et recommandations de ces 4 comités. Des mécanismes de collaboration devront être planifiés entre les quatre comités.

#### **Recommandations :**

5. Que le conseil interdisciplinaire intègre au moins un membre du comité exécutif de chacun des quatre conseils professionnels d'un même établissement. (Article 154)
6. Que, dans un souci de pratique interprofessionnelle équitable, les membres du comité exécutif soient désignés par le conseil et le président-directeur général.

<sup>1</sup> CII : Conseil des infirmières et infirmiers

<sup>2</sup> CMDPSF : Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages femmes

<sup>3</sup> CMSSO : Conseil multidisciplinaire des services sociaux

<sup>4</sup> CMSSA : Conseil multidisciplinaire des services de santé

Ou :

Que les directions des soins infirmiers et des conseils multidisciplinaires aient, au même titre que le directeur médical, un droit de regard par rapport à la désignation des cinq membres du comité exécutif du conseil interdisciplinaire. (Article 155)

7. Que les responsabilités du conseil interdisciplinaire et celles de chaque comité professionnel soient clarifiées afin d'éviter le dédoublement des mandats et clarifier l'imputabilité de chacun.

#### **4. LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS**

Les IPS font partie du conseil des infirmières et infirmiers (CII) tel qu'il est souhaité. Cela dit, comme c'est prévu pour les infirmières auxiliaires à l'article 259, un comité d'IPS relevant du CII devrait être formé pour exécuter les obligations prévues à l'article 258, spécifiquement pour les IPS en raison des huit activités d'IPS complémentaires aux 17 activités réservées des infirmières et aux responsabilités inhérentes qui en découlent. Rappelons que depuis mars 2020, les activités des IPS ne sont plus considérées comme des activités médicales et se retrouvent sous la Loi sur les infirmières et les infirmiers. Elles pourront donc :

- Apprécier la qualité des soins infirmiers qu'elles posent;
- Donner leur avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir leurs compétences;
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins qu'elles dispensent.

Ce comité devrait être composé d'au moins trois personnes choisies par et parmi celles qui exercent des activités relevant de sa compétence. Ce comité, tout comme celui des infirmières et infirmiers auxiliaires peut adopter des règlements concernant sa régie interne, son fonctionnement et la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le comité exécutif du CII.

L'article 260 stipule que :

« Les fonctions du conseil des infirmières et infirmiers sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins quatre infirmières ou infirmiers désignés par le conseil, du président et d'un autre membre du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, du directeur des soins infirmiers et du président-directeur général de l'établissement ».

Le comité exécutif du CII devrait inclure au moins une IPS membre du comité des IPS tout comme pour les infirmières auxiliaires. Les articles 262 et 263 devront être adaptés en conséquence.

Notons que les directions des soins infirmiers ont nommé des cadres-conseils qui sont des IPS certifiées dont l'un des mandats est d'assurer l'encadrement et l'évaluation de la qualité de l'acte des IPS.

**Recommandations :**

8. Qu'un comité d'IPS relevant du CII soit formé pour exécuter les obligations prévues à l'article 258, comme c'est prévu pour les infirmières-auxiliaires.
9. Que le comité exécutif du CII inclut au moins une IPS membre du comité des IPS.

## **5. RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX**

Le Chapitre IV du projet de loi 15, soit les articles 364 et les suivants, aborde la question des Réseaux universitaires intégrés de santé et services sociaux (RUISS). Cette organisation est importante afin d'assurer une meilleure fluidité et collaboration entre les universités et les établissements de santé, afin de bien répondre aux besoins de la population.

Le MSSS décrit de cette façon le rôle du RUISS :

« Spécifiquement, il contribue à l'amélioration de la qualité, de la pertinence, de l'accessibilité et de l'organisation des soins de santé et des services sociaux par :

- le maintien et le développement de leur partenariat dans la formation initiale, spécialisée et continue des professionnels de la santé et des services sociaux;
- le soutien à l'acquisition, à la transmission et à l'application de connaissances du domaine clinique, pédagogique et organisationnel;
- la collaboration entre les établissements du RUISS, en accord avec les missions de chacun pour assurer à l'ensemble de la population une offre de soins hiérarchisée en fonction de l'organisation des soins et des services. »<sup>5</sup>

Pour atteindre ces objectifs, le RUISS doit notamment « faciliter l'arrimage des formations requises par le réseau dans le curriculum de base » et « favoriser l'accès aux stages et celui à la formation en région pour soutenir les programmes de formation dans le domaine de la santé et des services sociaux et pour répondre aux besoins du réseau »<sup>6</sup>.

Or, l'attribution des milieux de stage demeure un enjeu chaque année. Bien que l'on finisse par placer toutes les étudiantes IPS, il y a parfois des délais supplémentaires en termes de plusieurs mois. Cela crée un impact important sur la formation et le rythme d'arrivée des IPS dans le réseau de la santé. Malgré l'engouement envers le programme et la volonté des universités à l'offrir, certaines places de stage sont extrêmement difficiles à trouver pour les IPS et certaines universités doivent limiter les admissions au programme. De plus, selon les milieux, l'exposition à certaines situations cliniques est limitée de sorte qu'il faut être très créatif pour y parvenir. Bien que parfois la planification se fasse avant l'admission du nombre d'étudiants IPS au programme, certains milieux se retirent le moment venu laissant en plan un certain nombre d'étudiants.

<sup>5</sup> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002647/>, p.3

<sup>6</sup> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002647/>

Cette situation s'explique par le déploiement rapide de la profession, la disponibilité des locaux et des ressources de certains milieux, notamment les GMF, les GMF-U et certains hôpitaux, et la disponibilité limitée des places de stage, car l'accès pour les médecins et les IPS est le même. En première ligne, les GMF étant à la base des groupes de médecins, les étudiants en médecine y sont prioritaires et il arrive qu'il ne reste aucune disponibilité pour les IPS. Ainsi, la création des cliniques de proximité intégrant les IPS annoncée par le ministre Dubé est l'une des avenues essentielles pour augmenter davantage les places de stage disponibles.

Puisque l'IPS est une partie de la solution visant à améliorer l'accessibilité aux soins et services et que le gouvernement souhaite atteindre l'objectif d'avoir 2000 IPS, ce processus ne peut pas être aléatoire et incertain. Nous recommandons d'amender l'article 370 afin d'inclure des processus clairs de planification et d'obligation liés à l'accès aux places de stages pour les IPS afin de former une relève dans les meilleurs délais notamment par le soutien au déploiement des cliniques de proximité intégrant des IPS ainsi qu'en milieu hospitalier. Précisons à cet effet qu'un amendement de l'article 370 doit de facto être accompagné par l'amendement proposé pour l'article 366.

Nous croyons que le projet de loi 15 est une occasion de rééquilibrer cette situation, notamment en intégrant un doyen de la faculté de sciences infirmières ou son représentant désigné sur le comité de direction (article 366) afin de planifier conjointement avec le comité la répartition des IPS dans les milieux de stage.

#### **Recommandations**

10. Intégrer un doyen de la faculté de sciences infirmières ou son représentant désigné sur le comité de direction des RUISSS.

Plus précisément, bonifier l'article 366 par l'ajout d'un 4<sup>e</sup> alinéa se lisant comme suit :

*4° le doyen de la faculté des sciences infirmières de l'université membre du réseau ou le cas échéant un représentant de l'École des sciences infirmières de l'université*

11. Inclure des processus clairs de planification et d'obligation liés à l'accès aux places de stages pour les IPS.

Plus précisément, bonifier l'article 370 par l'ajout des éléments suivants :

*2° l'assistance offerte à la faculté de médecine **ainsi qu'à la faculté des sciences infirmières** de l'université membre du réseau pour le déploiement de la formation médicale et infirmière en région;*

*3° le transfert des connaissances entre la faculté de médecine, **la faculté des sciences infirmières** et les établissements situés sur le territoire du réseau;*

*[...]*

*De plus, chaque réseau formule au ministre des propositions sur:*

*1° la formation médicale **et la formation en sciences infirmières** et la répartition, auprès des établissements membres du réseau, des étudiants de la faculté de médecine **et de la faculté des sciences infirmières** de l'université membre du réseau;*

## **6. LE DIRECTEUR MÉDICAL ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENTS**

Le changement d'appellation de « Directeur des services professionnels » à « Directeur médical » est une bonne nouvelle, car il permet de mieux camper le rôle attendu par le gouvernement de cette instance. C'est un signal clair pour les personnes qui occuperont le poste de l'étendue de leurs fonctions, c'est-à-dire qu'elles sont limitées à leur champ d'exercice médical, au même titre que la DSI se limite au champ d'exercice des infirmières. Nous voyons ici une belle occasion pour l'ensemble des directeurs de travailler en collaboration tout en agissant spécifiquement auprès de leurs pairs respectifs.

Selon le PL 15, ce seront les chefs de département, sous l'autorité immédiate du directeur médical, qui auront la responsabilité « d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de professionnels faisant partie du département. » Or, nous tenons à souligner que de plus en plus d'IPS sont appelées à participer à ces systèmes de garde à travers le réseau. Ainsi, lorsque c'est le cas, il faudrait s'assurer que les systèmes de garde soient élaborés avec la collaboration des directions des soins infirmiers desquelles relèvent les IPS en question.

L'objectif demeure l'équité dans la répartition des gardes tant pour les médecins que les IPS notamment pour les heures défavorables (ex : soirs, vendredi et fins de semaine). Lorsque les IPS contribuent aux gardes, la rotation ne doit pas être répartie entre IPS en solo et entre médecins en solo, mais bien entre l'ensemble des médecins et IPS disponibles tout en tenant compte des gardes que certains d'entre eux doivent faire dans d'autres milieux.

De plus, il faudra s'assurer que le département territorial de médecine familiale s'assure qu'il y ait équité dans le déploiement des médecins qui veulent travailler dans un modèle d'interdisciplinarité tel que les cliniques de proximité intégrant les IPS plutôt qu'en groupe de médecine familiale. Ce choix volontaire doit prévoir qu'il y aura des postes de médecins pour intégrer ces cliniques s'ils recherchent ce modèle de pratique.

## **7. CLINIQUES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)**

L'article 532 du projet de loi prévoit ce qui suit :

« L'organisme communautaire qui offre des services d'interruption volontaire de grossesse doit nommer un directeur médical. Ce dernier doit être choisi parmi les médecins qui y exercent leur profession.

Sous l'autorité de l'organisme, le directeur médical est responsable :

- 1° d'organiser les services médicaux fournis par l'organisme;
- 2° de s'assurer de la qualité et de la sécurité de ces services;
- 3° de voir à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées pour toute intervention effectuée par l'organisme;
- 4° de prendre toute autre mesure nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. »

Comme la démarche d'ouvrir une loi est longue et laborieuse, nous recommandons de prévoir dès maintenant la possibilité d'implication d'IPS dans ces cliniques et prévoir qu'elles puissent relever de la direction des soins infirmiers ou d'une direction qui pourrait être tenue par une IPS.

Nous avons la chance au Québec d'avoir accès à des services d'IVG. Cependant, compte tenu de l'étendue de notre territoire, il y a plusieurs régions qui sont moins bien desservies. Il est donc possible qu'ultérieurement, certaines cliniques nécessitent l'apport d'IPS. Notons que les IPS peuvent actuellement prescrire la pilule abortive.

#### **Recommandations**

12. Amender le projet de loi afin de faciliter l'implication éventuelle des IPS dans les cliniques d'interruption volontaire de grossesse

## PARTIE 2

### AUTRES COMMENTAIRES SUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au-delà du projet de loi 15, nous sollicitons l'attention du gouvernement sur trois thèmes spécifiques facilitant l'atteinte des objectifs du Plan Santé liés à l'accessibilité et à l'interdisciplinarité. Nous profitons de l'occasion que représente le dépôt de ce mémoire pour vous en faire part.

#### 1. DÉPLOIEMENT DES CLINIQUES DE PROXIMITÉ INTÉGRANT DES IPS

L'AIPSQ appuie pleinement le déploiement des cliniques de proximité intégrant des IPS (clinique d'IPS) à travers le Québec. Les premières cliniques ayant ouvert leurs portes en décembre dernier, on doit leur laisser le temps de se déployer et d'être bien connues du grand public afin d'apprécier les résultats escomptés.

Il est intéressant de noter que certains désirent déjà mentionner que les cliniques sont inefficaces alors qu'elles ont à peine quelques mois de vie, qu'elles n'ont pas encore la totalité du personnel prévu et que les premières ont été créées en contexte d'urgence. Nous avons besoin de faire place à l'humilité et à l'ouverture pour réussir tous ensemble. L'AIPSQ appelle à la collaboration et à l'unification des ressources professionnelles du réseau de la santé afin de se centrer sur un objectif commun unique, les besoins populationnels.

Le projet de loi 15 mise sur la collaboration interprofessionnelle et l'interdisciplinarité, et émet une structure qui est un excellent pas pour y parvenir. On a pu voir que c'est en prenant le temps de se rencontrer, de se parler et d'échanger sur les enjeux de la pratique que l'on obtient les meilleurs résultats.

L'AIPSQ soutient la vision clinique et organisationnelle basée sur l'interdisciplinarité au sein des cliniques de proximité intégrant des IPS. Cette vision permettra de travailler avec de nombreux professionnels diversifiés incluant les médecins qui le souhaiteront, appuiera une pratique assurant la prévention de la maladie et la promotion de la santé, permettra de répondre à des besoins diversifiés et présentera des trajectoires qui orienteront l'utilisateur vers le bon professionnel en fonction de sa raison de consultation en temps opportun. Cette pratique novatrice répondra aux besoins d'IPS et d'intervenants de la santé qui recherchent un changement de paradigme pour la pratique des soins et qui souhaitent des défis professionnels. Ces milieux uniques permettent aussi à des IPS de se regrouper afin de partager l'expertise en collaboration avec une diversité de professionnels de la santé et de créer de nouveaux milieux de stage attractifs pour la relève.

Existantes dans plusieurs provinces et territoires canadiens, ces cliniques ont démontré leur efficacité. Afin de répondre à leur mandat, il faut s'assurer de déployer les ressources professionnelles requises planifiées dans un cadre de référence, de fournir du soutien des établissements territoriaux où elles se situent, de créer un poste de personne-ressource à l'interne qui veille au plein déploiement du modèle (ex : chargée de projet IPS ou autre

professionnel de la santé qui aurait le profil et serait présent dans la clinique) et offrir le financement nécessaire.

Il est requis que ces cliniques bénéficient de dossiers médicaux électroniques. L'AIPSQ recommande d'ailleurs que globalement, tous les systèmes informatiques liés aux dossiers des usagers dans toutes les structures du réseau de la santé et des services sociaux se parlent, tant des centres hospitaliers vers les établissements en première ligne que l'inverse. La reddition de comptes sera nécessaire, mais il faudra s'assurer de bien tenir compte que tous les moyens ont été mis en place pour soutenir le déploiement optimal des cliniques. Le gouvernement devra rester en contact étroit avec le terrain et la pratique clinique pour bien saisir les enjeux potentiels présents qui pourraient ralentir ou restreindre le développement des cliniques ou l'atteinte des résultats attendus. Il est très fortement recommandé que le ou la chargée de projet soit partie prenante des comités divers permettant d'expliquer les enjeux, émettre des solutions et s'exprimer quant aux orientations à prendre.

Rappelons que ces cliniques visent à contribuer à la formation des futures IPS et à l'offre de milieux de stage. Leur encadrement doit donc favoriser la supervision des étudiantes et prévoir les moyens nécessaires incluant des locaux disponibles. Notons que ces cliniques sont interdisciplinaires et la présence de stagiaires parmi les autres professionnels est aussi à considérer dans l'offre de stage.

### **Des modèles inspirants**

Des modèles précurseurs et fonctionnels existent déjà au Québec si on pense à SABSA, Archimède, aux six cliniques IPS déjà ouvertes dans la région de Montréal et de Laval (clinique universitaire) ou à la pratique novatrice d'une IPSPL auprès d'une clientèle transgenre ou de genre divers au Centre de santé communautaire le « Dispensaire » à Saint-Jérôme.

Les IPS des cinq classes de spécialité souhaitent collaborer de façon formelle entre elles. Certaines IPS pourraient même venir y faire des consultations le cas échéant.

On parle peu de nos collègues IPSSA, IPSSP, IPSSM et IPSNN qui sont en milieux hospitaliers et qui peuvent aussi contribuer à l'offre de service par des pratiques innovantes. On peut penser aux cliniques de certaines IPSSA en cardiologie ou en néphrologie qui augmentent l'accessibilité à des cliniques spécifiques telles que celles pour l'insuffisance cardiaque ou la dialyse. Ou encore une IPSSA en rhumatologie qui donne accès en complément aux médecins spécialistes à des suivis en rhumatologie pour une clientèle supplémentaire qui n'aurait pas accès aussi rapidement aux soins et services sans sa présence.

Il existe aussi la clinique « Le Lien » située à l'Hôpital Notre-Dame à Montréal où des IPSSA en médecine interne offrent une évaluation, des investigations, un suivi et une prise en charge à des personnes atteintes de maladies chroniques instables ou décompensées sans médecin de famille ou n'ayant pas accès à leur médecin, afin de les stabiliser et de prévenir une détérioration de leur état de santé. D'autres IPSSA en médecine interne soutiennent des patients en collaboration avec des équipes de soins intensifiés à domicile (SIAD), entre autres dans les régions de La Pocatière et Rivière-du-Loup.

Ces IPS peuvent faire des consultations aux urgences, travailler dans les cliniques externes ou encore avec la clientèle hospitalisée. Elles pourraient augmenter davantage la fluidité des services dans la trajectoire des patients hospitalisés si elles pouvaient aussi admettre les usagers ou leur donner un congé hospitalier. Les IPS sont aux services de la population et souhaitent pleinement contribuer.

## **2. IPSPL, IPSSA, IPSSP ET ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX**

Le projet de loi 43 a permis une avancée significative pour les IPS puisqu'il a permis de rehausser leurs activités réservées au nombre de huit, incluant le pouvoir de poser des diagnostics et d'établir un plan de traitement. Toutefois, une contrainte majeure persiste, alors que les IPSPL, les IPSSA et les IPSSP ne peuvent toujours pas évaluer les troubles mentaux comme c'est le cas pour leurs consœurs pancanadiennes.

Ainsi, ces IPS doivent référer les patients qui nécessitent un diagnostic et l'élaboration d'un plan de traitement initial vers un médecin ou une IPSSM, créant des délais de prise en charge, une attente prolongée, un dédoublement de service et une absence répétée au travail ou en milieu scolaire, ce qui engendre aussi des coûts pour la société. À ceci s'ajoutent les besoins populationnels grandissants en termes de santé mentale et accentués par la pandémie de COVID-19.

Malheureusement, les IPS dans les cliniques de proximité intégrant des IPS, mais aussi dans tous les autres milieux de pratique actuels au Québec doivent créer des corridors de services à efficacité variable (l'attente peut varier de quelques jours à plusieurs mois) avant que la personne obtienne un diagnostic et un plan de traitement adaptés à ses besoins.

Heureusement, ce dossier a grandement progressé dans les derniers six mois et l'issue est favorable. L'AIPSQ recommande que le Conseil des ministres traite ce dossier en priorité dès sa disponibilité afin que rapidement les IPS, mais aussi tous les autres professionnels de la santé visés (ex : sexologue, conseillers en orientation, psychoéducateurs, psychologues, etc.) puissent évaluer et diagnostiquer les troubles mentaux, établir les plans de traitements appropriés et augmenter significativement l'accès aux soins et services pour la clientèle visée.

## **3. METTRE EN PLACE LES MOYENS POUR FAVORISER LA RÉTENTION DES IPS DANS LE RÉSEAU PUBLIC DE LA SANTÉ**

Alors que les négociations ont lieu entre le gouvernement et les syndicats concernant le renouvellement des conditions de travail dans le réseau de la santé, il est important pour l'AIPSQ de rappeler que les conditions doivent être au rendez-vous si nous souhaitons nous assurer qu'un maximum d'IPS choisisse le réseau public de la santé et des services sociaux. Cela passe par des salaires compétitifs, mais aussi par une organisation du travail efficace et souple.

Les IPS passent au privé pour diverses raisons, dont les horaires qui ne sont pas toujours adaptés à la pratique clinique de l'IPS, la conciliation travail-famille nécessitant des horaires flexibles de moins de 40 heures par semaine, les salaires des IPS débutantes qui sont le double en clinique

privée ou simplement le désir entrepreneurial et l'incapacité de déployer pleinement son leadership dans le réseau public de la santé.

L'AIPSQ est satisfaite d'entendre que le gouvernement souhaite devenir un employeur de choix et recommande de revoir certaines conditions dans le but de permettre à ces IPS de poursuivre leur carrière dans le réseau public de la santé. Les parties à la table des négociations devraient aussi avoir en tête que des soins de santé humains passent par l'écoute et la qualité des services. Pour ce faire, il faut s'assurer que les IPS, mais aussi les autres professionnels de la santé aient le temps nécessaire et un débit approprié pour répondre à la condition de santé du patient et ses raisons de consultation. Pour déployer sa valeur maximale, la prestation de soins auprès des usagers doit se faire à un rythme qui respecte leur condition de santé et leurs capacités personnelles. Certains milieux ont d'ailleurs modifié l'accès et les trajectoires de services, de sorte que les visites offertes par tous les professionnels incluant les médecins durent au moins 30 minutes. Le taux d'assiduité de cette équipe atteint 89 à 89,6 %. On constate donc que le débit n'est pas la seule façon d'offrir l'accessibilité et parions que la qualité des soins et la stabilité des maladies chroniques s'en trouvent améliorées pour les usagers visés. Gardons donc en tête que le débit n'est pas la seule solution à l'accessibilité.

L'AIPSQ recommande aussi de créer des mécanismes pour favoriser l'intégration des IPS au réseau public de la santé par des mesures d'accompagnement soutenues tant dans les grands centres urbains qu'en régions, notamment pour les IPSSA, les IPSSP, les IPSSM qui ont un tronc commun de formation à l'issue duquel elles doivent parfaire des connaissances spécialisées et parfois travailler dans des domaines de soins pour lesquels elles n'ont aucune expérience clinique préalable. Ainsi, l'AIPSQ offre sa pleine collaboration à l'élaboration et au déploiement d'un plan provincial d'intégration et participe activement aux tables de concertation sur le sujet.

## **CONCLUSION**

Nous considérons que le projet de loi 15 s'inscrit en continuité de la vision énoncée dans le Plan Santé, auquel nous avons donné notre appui.

Il s'agit d'un des leviers qui doivent être mis en place pour permettre d'atteindre les objectifs du gouvernement, mais aussi de plusieurs professionnels de la santé qui recherchent une pratique simplifiée en travaillant en synergie aux bénéfices de la population. Les soins se complexifient, la population vieillit, le niveau de connaissances à maîtriser prend de l'ampleur, la technologie progresse plus rapidement que la majorité de nos compétences et les professionnels de la santé sont aussi des humains qui présentent des limites et nécessitent de maintenir un équilibre de vie pour bien soigner les usagers. Le travail d'équipe est la solution à privilégier afin de porter ensemble les soins de santé et alléger cette complexité par un partage des tâches et responsabilités.

Nous convenons que d'autres efforts devront être déployés suite à l'adoption du projet de loi 15 pour que le Plan Santé se concrétise et la patience sera de mise pour prendre le temps d'établir le changement. L'AIPSQ a toujours fait preuve de patience et collaborée à l'avancement. Elle offre tout son soutien afin de poursuivre un partenariat unique pour un changement concret, humain et durable des soins et services de santé au Québec.

