

Mise en application de la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé (Loi 6)

Rapport déposé à l'Office des professions du Québec



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

NOTES

Conformément aux politiques rédactionnelles de l'OIIQ, le féminin est utilisé aux seules fins d'alléger le texte et désigne autant les hommes que les femmes dans le présent document.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Ce document est disponible sur le site de l'OIIQ
oiiq.org

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
ISBN 978-2-89229-756-0 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2023
Tous droits réservés

Table des matières

Sommaire des recommandations.....	iv
Préambule.....	v
Introduction.....	1
1 Contexte de l'analyse	2
1.1 Limites.....	2
1.2 Méthodologie.....	3
2 L'IPS au Québec.....	4
2.1 Évolution du rôle des IPS.....	4
2.2 Portrait des IPS par classe de spécialité	5
3 Constats et enjeux.....	6
3.1 Constats concernant l'accès aux soins et aux services de santé.....	6
3.1.1 Diagnostic en santé mentale	6
3.1.2 Inscription dans les groupes de médecine familiale (GMF).....	8
3.2 Constats sur l'autonomie professionnelle	9
3.2.1 Méconnaissance du rôle.....	9
3.3 Autres constats.....	11
3.3.1 Retombées sur la qualité des soins et des services	12
3.3.2 Collaboration interprofessionnelle	12
3.3.3 Arrimages réglementaires et administratifs.....	13
Conclusion.....	15
Références.....	17
Annexe 1 Historique des principaux jalons législatifs et réglementaires ayant eu cours depuis la création du rôle des IPS au Québec	19
Annexe 2 Tableau comparatif entre le libellé des activités réservées de 2018 et celui de 2021 de l'article 36.1 de la LII	20
Annexe 3 Comparaison de la définition des classes de spécialités des IPS du Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées de 2018 et celui de 2021	21
Annexe 4 Avis du Comité consultatif sur la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (CCPIPS).....	23

Sommaire des recommandations

À la suite de l'analyse des données récoltées au cours de la rédaction de ce rapport, l'OIIQ émet les recommandations suivantes concernant les modifications législatives et réglementaires :

Recommandations – Accès aux soins et aux services offerts par les IPS

1. Reconnaître l'activité réservée d'évaluation des troubles mentaux comme étant une activité diagnostique pour l'ensemble des professionnels habilités, ce qui inclut les infirmières et infirmiers détenteurs d'une attestation pour l'évaluation des troubles mentaux. Cette reconnaissance se traduirait notamment par la modification de l'activité libellée au paragraphe 16 de l'article 36 de la LII afin de remplacer le mot « évaluer » par « diagnostiquer ».
2. Réviser le *Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux*. Pour ce faire, explorer, avec les maisons d'enseignement, le complément de formation nécessaire afin d'habiliter les IPS, autres que les IPSSM, à pouvoir poser un diagnostic en santé mentale.
3. Déployer rapidement des modalités administratives afin de permettre l'inscription des patients suivis en GMF au nom d'une IPS afin d'optimiser l'accès aux soins et services de première ligne.

Recommandations – Autonomie professionnelle

4. Établir, en collaboration avec les partenaires concernés, une vision commune et optimale du rôle de l'IPS.
5. Déterminer, en collaboration avec les partenaires concernés, des stratégies visant à faire connaître le rôle de l'IPS à la fois auprès de la population, des autres professionnels ainsi que des instances externes.
6. Clarifier les attentes quant aux mécanismes de collaboration et aux obligations professionnelles liées au suivi des patients, au moyen de communications auprès des personnes concernées.

Recommandation – Arrimages réglementaires et administratifs

7. Accélérer l'actualisation des processus, formulaires ou directives afin de refléter les dernières modifications législatives et réglementaires.

Préambule

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) est le plus grand ordre professionnel dans le domaine de la santé au Québec. Il est régi par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII) et par le *Code des professions*. Il compte plus de 82 000 membres et quelque 16 000 personnes dans un parcours d'admission à la profession. Sa principale fonction est d'assurer la protection du public par et avec les infirmières et infirmiers, tout en veillant à l'amélioration de la santé des Québécois et Québécoises. L'OIIQ a également pour mandat d'assurer la compétence et l'intégrité des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que de contribuer à la promotion d'une pratique infirmière de qualité.

Le 25 janvier 2021 marquait l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (désignée ci-après « Loi 6 de 2020 »), une avancée historique reconnaissant l'expertise et l'autonomie des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) notamment pour diagnostiquer des maladies et déterminer des traitements médicaux, en fonction de leur classe de spécialité¹.

Cette avancée visait notamment à assurer une meilleure fluidité des soins et des services, et à permettre à la population québécoise d'avoir accès à des professionnelles et professionnels détenant l'expertise requise, au moment opportun, pour répondre à ses besoins de santé.

La Loi 6 de 2020 a modifié la LII, de même que plusieurs autres lois et règlements qui sont sous la responsabilité d'autres ministères ou d'organismes gouvernementaux ou paragouvernementaux autres que l'OIIQ. Un nouveau cadre réglementaire² a également été adopté par l'OIIQ afin d'assurer la mise en œuvre complète de cette loi pour un meilleur accès aux soins et aux services de santé par la population du Québec, tout particulièrement en première ligne.

En vertu de l'article 96 de la Loi 6 de 2020, l'OIIQ doit présenter un rapport à l'Office des professions du Québec (OPQ) à l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 3 de cette loi, soit le 25 janvier 2021.

¹ Certaines dispositions de la Loi 6 de 2020 sont entrées en vigueur en 2020, et toutes les autres en 2021 : 13 mai 2020 (articles 21, 22, 70 et 89 à 93) et 8 juillet 2020 (articles 23 à 28 et 71 à 73).

² *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, chapitre I-8, r. 15.1.1.1.

Genèse de l'article 96

L'article 96 de la Loi 6 de 2020 a été introduit par un amendement adopté le 12 mars 2020 lors de l'étude détaillée du projet de loi³. Cette disposition, initialement l'article 71.2 du projet de loi, a été renumérotée pour devenir l'article 96 de la Loi 6 de 2020 et se lire comme suit :

96. À l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 3, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec doit produire un rapport à l'Office des professions du Québec sur la mise en application des dispositions de la présente loi. Ce rapport doit en outre contenir tous les renseignements exigés par l'Office. Sur réception du rapport, celui-ci en transmet une copie au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, qui le transmet au gouvernement.

Ce rapport est déposé à l'Assemblée nationale dans les 30 jours suivant sa réception par le gouvernement ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

Rappelons que cet article a été adopté à la suite des discussions sur la portée de la définition des activités des IPS délimitées par leur classe de spécialité lors de l'étude détaillée du projet de loi. Certains députés de l'opposition se questionnaient sur l'incidence d'une telle délimitation sur le cadre d'intervention et l'autonomie professionnelle des IPS. L'article 96 a ainsi été adopté afin de permettre au législateur de connaître l'incidence de ce critère fondé sur la classe de spécialité et de modifier la LII, au besoin.

³ Amendement 39 du projet de loi n° 43.

Introduction

Le présent rapport brosse un portrait sommaire de la situation deux ans après la mise en vigueur des modifications législatives et réglementaires. De plus, il a été rédigé à partir des éléments ciblés par l'OPQ dont :

- Les faits saillants concernant l'évolution du rôle et du portrait des IPS au Québec, plus spécifiquement la répartition des IPS par classe de spécialité et par région administrative.
- Les constats et les enjeux associés à la définition des activités des IPS délimitées en fonction de leur classe de spécialité ainsi qu'aux autres dispositions de la Loi 6 de 2020 et leurs retombées sur différents aspects dont l'accessibilité aux soins et aux services de santé, ainsi que l'autonomie professionnelle des IPS.
- L'avis du Comité consultatif sur la pratique de l'IPS (CCPIPS), dont le mandat a été revu dans le contexte du nouveau *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* (désigné ci-après « Règlement sur les IPS »), également entré en vigueur le 25 janvier 2021.

1 Contexte de l'analyse

1.1 Limites

L'OIIQ souhaite contextualiser le présent rapport, afin que ce dernier réponde à une exigence fixée lors de l'adoption de la Loi 6 de 2020, et ce, afin d'assurer l'atteinte des objectifs par cette nouvelle loi. Toutefois, de telles mesures d'impact prennent du temps à s'implanter; pensons notamment à la capacité des milieux à s'ajuster aux modifications, à adopter les structures nécessaires puis à prendre le temps d'évaluer l'impact de ces changements. Ainsi le délai imparti pour le dépôt du présent rapport, soit à l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de cette loi qui remonte au 25 janvier 2021, impose certaines limites sur les possibles conclusions.

Plus spécifiquement concernant le présent rapport, les limites suivantes sont à considérer :

■ Peu de données disponibles

Un des moyens utilisés afin de connaître l'impact des modifications législatives et réglementaires sur l'accès aux soins et aux services offerts par les IPS aurait été d'obtenir le nombre de consultations effectuées par les IPS auprès de la population ainsi que le nombre de patients inscrits à leur nom. Toutefois, à ce jour, il est encore impossible d'obtenir des données officielles sur le nombre de patients suivis par les IPS. D'abord, les IPS en première ligne (IPSPL) ne peuvent toujours pas inscrire de patient à leur nom puisque certaines modalités administratives tardent à s'implanter, ce qui rend difficile la comptabilisation du nombre de patients rencontrés. De plus, les IPS ne peuvent pas admettre de patients à leur nom en centre hospitalier, ce qui rend difficile la comptabilisation des consultations effectuées dans ces milieux par les IPS, toutes classes de spécialités confondues.

■ Urgence sanitaire : délestage

Les nouvelles activités réservées prévues à l'article 36.1 de la LII, que l'IPS exerce en fonction de sa classe de spécialité et selon les conditions et modalités prévues au Règlement sur les IPS, sont entrées en vigueur en pleine période d'urgence sanitaire. Rappelons qu'elle s'est échelonnée de mars 2020 à juin 2022. Au cours ce laps de temps, les établissements de santé étaient aux prises avec une situation hautement complexe à gérer et nécessitant une réorganisation sans précédent. Ainsi, il fut indispensable de déployer en priorité les moyens visant à endiguer la pandémie; conséquemment, l'appropriation des modifications législatives et réglementaires visant à optimiser le rôle des IPS a été variable d'un milieu à l'autre.

1.2 Méthodologie

Considérant le manque de données disponibles au Québec sur le nombre de consultations effectuées par les IPS auprès de la population, l'OIIQ s'est adressé à plusieurs partenaires et parties prenantes afin d'obtenir un portrait sommaire des possibles impacts de ces nouveautés législatives et réglementaires sur la pratique des IPS et sur l'accès aux soins et aux services de santé par les Québécois et Québécoises.

- 1) **Sondage.** D'abord, un sondage a été élaboré en collaboration avec l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, et envoyé en août 2022 aux 827 IPS inscrites au Tableau de l'OIIQ à cette date et qui exerçaient depuis plus de deux ans. Ce critère d'inclusion au sondage, soit d'être en exercice actif depuis plus de deux ans, visait à s'assurer que les IPS sondés étaient en mesure de s'exprimer sur l'impact des modifications législatives et réglementaires entrées en vigueur le 25 janvier 2021, et ce, afin de comparer la situation avant l'entrée en vigueur de la Loi 6 de 2020. Le sondage a eu un taux de réponse de près de 22 %; un taux de réponse entre 15 % et 20 % à un sondage Web est considéré comme acceptable⁴.
- 2) **Focus group.** Les gestionnaires dont relèvent les IPS dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ont été consultés grâce à un « focus group »; plus de 25 participants étaient présents.
- 3) **Ordres professionnels.** Les ordres professionnels dont les membres travaillent en étroite collaboration avec les IPS ont également été consultés; ainsi, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont participé à des rencontres individuelles avec des représentants de l'OIIQ.
- 4) **Autres consultations.** Des représentants de la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) ainsi que de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) ont également été rencontrés lors de l'élaboration de ce rapport. De plus, la Table des Directrices de soins infirmiers a aussi été invitée à faire part de ses commentaires et préoccupations.

L'ensemble des participants aux consultations et aux rencontres individuelles ont pu s'exprimer notamment sur l'impact des modifications au regard de l'accessibilité aux soins et aux services de santé, de l'autonomie professionnelle des IPS et de la collaboration interprofessionnelle. Leurs commentaires ont été considérés dans ce rapport.

Finalement, l'OIIQ a demandé à son Comité consultatif sur la pratique de l'IPS (CCPIPS) d'émettre un avis sur l'impact des modifications législatives et réglementaires sur la pratique des IPS (voir Annexe 4).

⁴ Qualtrics. *Taux de réponse : calcul, taux moyen et conseils.*

2 L'IPS au Québec

2.1 Évolution du rôle des IPS

Entrée en vigueur en 2003, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (projet de loi n° 90), encore communément appelée dans le système professionnel québécois la « Loi 90 », a non seulement permis un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé, mais aussi la création du titre de spécialiste d'IPS. Plus précisément concernant la profession infirmière, cette loi a modifié le champ d'exercice des infirmières et infirmiers, et l'article 36.1 de la LII a été ajouté afin d'y prévoir le cadre juridique spécifiquement applicable aux IPS.

Depuis le 25 janvier 2021, soit la date de l'entrée en vigueur des modifications apportées à la LII par la Loi 6 de 2020, les IPS peuvent exercer trois nouvelles activités professionnelles, portant à huit le nombre d'activités qui leur sont réservées, soit :

- diagnostiquer des maladies;
- prescrire des examens diagnostiques;
- utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- déterminer des traitements médicaux;
- prescrire des médicaments et d'autres substances;
- prescrire des traitements médicaux;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice;
- effectuer le suivi de grossesses.

Ajoutons également que les modifications apportées à l'article 36.1 de la LII, où est énoncé l'ensemble de ces activités réservées, prévoient que les IPS peuvent désormais les exercer en toute autonomie professionnelle, **en fonction de leur classe de spécialité**. Et ce, suivant les conditions et les modalités d'exercice définies dans le Règlement sur les IPS de l'OIIQ, et non plus au moyen d'un règlement d'autorisation du CMQ.

Afin de bien comprendre les différentes modifications législatives et réglementaires entourant l'exercice des IPS au Québec, trois annexes ont été prévues :

- Annexe 1 – Historique des principaux jalons législatifs et réglementaires ayant eu cours depuis la création du rôle des IPS au Québec.
- Annexe 2 – Tableau comparatif entre le libellé des activités réservées de 2018 et celui de 2021 de l'article 36.1 de la LII.
- Annexe 3 – Comparaison de la définition des classes de spécialités des IPS du Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées de 2018 et celui de 2021.

2.2 Portrait des IPS par classe de spécialité

Pour saisir la portée des modifications apportées à la pratique des IPS et leurs impacts sur l'accès aux soins et aux services de santé, il importe d'avoir en tête le portrait des effectifs au Québec à l'heure actuelle. Selon le Rapport statistique 2021-2022 de l'OIIQ⁵, le Québec compte 1 097 IPS; en effet, la barre des 1 000 IPS a été atteinte pour la première fois en 2021-2022.

Le tableau suivant présente la répartition des IPS au Québec en fonction des classes de spécialités.

**Nombre d'IPS selon
les classes de spécialités**

Néonatalogie (IPSNN)	28
Santé mentale (IPSSM)	77
Soins aux adultes (IPSSA)	159
Soins de première ligne (IPSPL)	812
Soins pédiatriques (IPSSP)	28

⁵ OIIQ, 2022.

3 Constats et enjeux

La présente section énonce les constats recueillis et expose les enjeux associés à la définition des activités des IPS délimitées en fonction de leur classe de spécialité.

Les constats sont issus de l'information récoltée par des consultations et aussi tirés des différentes demandes reçues au service de la consultation professionnelle à la Direction, Développement et soutien professionnel de l'OIIQ dont le mandat est de répondre aux différentes questions des membres sur leur pratique professionnelle.

3.1 Constats concernant l'accès aux soins et aux services de santé

D'abord, 63 % des répondants au sondage ont pu voir en consultation davantage de patients depuis janvier 2021, soit depuis l'entrée en vigueur de la Loi 6 de 2020. Les gestionnaires dont relèvent les IPS ont d'ailleurs nommé plusieurs initiatives concernant les IPS qui ont pu se faire uniquement en raison des modifications législatives et réglementaires. Notons par exemple la région administrative du Bas-Saint-Laurent qui a pu déployer des IPS en région rurale pour la prestation de soins à domicile pour une clientèle particulièrement vulnérable, ou les cliniques d'IPS qui ont récemment vu le jour. Ces initiatives n'auraient pas pu se concrétiser avant les modifications législatives et réglementaires étant donné l'impossibilité à ce moment pour l'IPS de poser un diagnostic.

Ces données tendent à démontrer que le nombre de patients ayant reçu des soins et des services de santé par une IPS a augmenté depuis les modifications législatives et réglementaires.

Toutefois, 83 % des IPS sondés estiment que des barrières persistent et limitent l'accès aux soins et aux services. Deux enjeux spécifiques ont pu être identifiés relativement à cette problématique d'accès, soit le diagnostic en santé mentale et l'inscription des patients au nom des IPS.

3.1.1 Diagnostic en santé mentale

Plusieurs répondants au sondage, certains gestionnaires dont relèvent les IPS rencontrés ainsi que la DNSSI, ont soulevé comme problématique la difficulté d'accès aux soins et aux services en santé mentale. Ils rapportent que l'impossibilité de diagnostiquer un trouble de santé mentale constitue une barrière à l'accès aux soins et aux services de santé en entraînant une fragmentation des soins. En effet, une référence à un autre professionnel de la santé doit être faite pour poser le diagnostic, ce qui engendre des démarches et des délais additionnels pour la population.

À l'heure actuelle, parmi les IPS, seules les IPSSM sont habilitées à poser le diagnostic de trouble mental puisque leur formation initiale permet de satisfaire aux conditions prévues au *Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux* (désigné ci-après « Règlement sur l'évaluation des troubles mentaux »). Un avis du Comité de la formation des IPS conclut que les IPS des autres classes de spécialités ne disposent pas, dans leur formation initiale, de tous les requis de formation⁶. Ainsi, bien que ces dernières puissent procéder à une évaluation avancée de l'état mental, identifier et traiter des problèmes de santé mentale, elles ne peuvent pas diagnostiquer un trouble mental⁷. Elles peuvent, toutefois, effectuer le suivi de patients ayant un trouble mental lorsque ce dernier a été préalablement diagnostiqué par un professionnel habilité (suivi du plan de traitement, ajustement de la médication, etc.).

Les enjeux entourant l'accès aux soins et aux services en santé mentale sont complexes et multifactoriels. L'encadrement légal de l'activité visant l'évaluation des troubles mentaux va au-delà de la Loi 6 de 2021. De fait, le Règlement sur l'évaluation des troubles mentaux a été rédigé sur la base d'un consensus établi entre l'OPQ et cinq ordres professionnels, dont les membres sont habilités à exercer l'activité d'évaluation des troubles mentaux, soit le CMQ, l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, l'Ordre professionnel des sexologues du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec et l'OIIQ⁸.

Ce consensus s'appuie sur la notion d'accessibilité compétente et détermine les requis de formation et d'expérience pour l'ensemble des professionnels habilités à exercer l'activité d'évaluation des troubles mentaux. Rappelons qu'il s'agit d'une activité à haut risque de préjudice. D'ailleurs, des travaux, en collaboration avec différentes instances, ont été amorcés à la suite d'une demande reçue en février 2022 de la part de la sous-ministre au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), M^{me} Dominique Savoie. Cette dernière demandait à l'OIIQ de réviser le Règlement sur l'évaluation des troubles mentaux afin de permettre aux IPSPL, IPS en soins aux adultes (IPSSA) et IPS en soins pédiatriques (IPSSP), d'évaluer, de poser un diagnostic et d'initier un plan de traitement pour la clientèle présentant des troubles mentaux.

⁶ Comité de la formation des infirmières praticiennes spécialisées, 2020.

⁷ Un problème de santé mentale correspond à des perturbations qui interfèrent avec le fonctionnement habituel de la personne ainsi qu'à des symptômes qui s'apparentent à ceux liés aux troubles mentaux tout en étant moins importants et d'une durée plus courte (Fortinas et Holoday Worret, 2016; Institut national de santé publique du Québec, 2008). Les troubles mentaux sont définis comme étant des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales (Organisation mondiale de la santé, 2001).

⁸ Outre les IPSSM, les psychologues, les médecins, les conseillers d'orientation détenteurs d'une attestation à cet effet, certains sexologues détenteurs d'une attestation pour les troubles sexuels et les orthophonistes pour certains troubles de langage évaluent les troubles mentaux.

En somme, à la lumière de l'analyse effectuée, il apparaît que ces enjeux ne sont pas associés à la délimitation en fonction des classes de spécialités. Toutefois, considérant les impacts des limitations actuelles sur l'accès aux soins et aux services, l'OIIQ recommande que les pistes d'actions suivantes soient considérées :

Recommandations

1. Reconnaître l'activité réservée d'évaluation des troubles mentaux comme étant une activité diagnostique pour l'ensemble des professionnels habilités, ce qui inclut les infirmières et infirmiers détenteurs d'une attestation pour l'évaluation des troubles mentaux. Cette reconnaissance se traduirait notamment par la modification de l'activité libellée au paragraphe 16 de l'article 36 de la LII afin de substituer le mot « évaluer » par « diagnostiquer ».
2. Réviser le *Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux*. Pour ce faire, explorer, avec les maisons d'enseignement, le complément de formation nécessaire afin d'habiliter les IPS, autres que les IPSSM, à pouvoir poser un diagnostic en santé mentale.

3.1.2 Inscription dans les groupes de médecine familiale (GMF)

Bien que la *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre* ait été modifiée de manière à donner à la population la possibilité d'avoir accès en première ligne à différents professionnels de la santé, y compris les infirmières et les infirmiers, certains arrimages administratifs tardent toujours à s'implanter, dont les modalités permettant l'inscription des patients au nom des IPS. Cette limite, ressortie à maintes reprises lors des consultations, constitue un obstacle important à l'accès aux soins et aux services de santé offerts par les IPS. En effet, sans mécanisme permettant l'inscription des patients au nom de l'IPS, ces derniers se retrouvent inscrits uniquement au nom d'un médecin, et ce, bien que que l'IPS assure le suivi des soins requis par ces patients. Par conséquent, des médecins refusent d'inscrire davantage de patients à leur nom à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) puisqu'ils deviennent ainsi responsables de leur suivi.

Recommandation

3. Déployer rapidement des modalités administratives afin de permettre l'inscription des patients suivis en GMF au nom d'une IPS afin d'optimiser l'accès aux soins et aux services de première ligne.

En conclusion, bien que l'ensemble des lois et règlements encadrant l'exercice de l'IPS permette un meilleur accès aux soins et aux services de santé, certaines limites persistent et constituent des freins à l'accès. Toutefois, ces limites ne sont pas associées à la définition des activités des IPS délimitées en fonction de leur classe de spécialité.

3.2 Constats sur l'autonomie professionnelle

Avant de soumettre les constats émanant des différentes consultations quant à l'impact de ces modifications sur l'autonomie professionnelle, il importe de préciser que le concept d'autonomie professionnelle ne signifie pas travailler seul ou de façon indépendante.

Aux fins de ce rapport, à la lumière de la littérature consultée, l'OIIQ souhaite utiliser la définition tirée du Cadre pancanadien sur les soins infirmiers en pratique avancée⁹. Selon ce cadre :

Les infirmiers praticiens sont des praticiens autonomes dans le sens qu'ils sont en mesure d'entreprendre des activités, comme la prescription, l'établissement de diagnostics, la demande et l'interprétation de tests diagnostiques au sein de leur champ d'exercice réglementé sans la supervision ou l'orientation d'un médecin.

L'autonomie professionnelle conférée aux IPS grâce aux modifications législatives et réglementaires de la Loi 6 de 2020 est un gain important non seulement pour ces professionnels, mais aussi pour la population. Le principal enjeu en lien avec l'autonomie professionnelle ressorti lors des consultations effectuées dans le cadre de ce rapport est la méconnaissance du rôle de l'IPS.

3.2.1 Méconnaissance du rôle

Au cours des 20 dernières années, le rôle de l'IPS a grandement évolué. Passant d'un encadrement réglementaire relevant de la juridiction du CMQ à un encadrement par l'OIIQ, ces transformations n'ont pas été intégrées de manière systématique par tous les individus. Ainsi, deux décennies plus tard, une méconnaissance du rôle des IPS persiste dans l'univers professionnel et dans la population en général. Il s'agit d'un enjeu majeur lorsqu'il est question de reconnaissance de l'expertise, puisque cette méconnaissance ne permet pas à l'IPS d'exercer pleinement son rôle professionnel et ses activités réservées. En effet, plusieurs se questionnent encore aujourd'hui à savoir si l'IPS peut poser des diagnostics, prescrire un examen en imagerie médicale ou émettre un certificat d'arrêt de travail par exemple. Les nombreux appels¹⁰ reçus au service de consultation professionnelle de l'OIIQ à ce sujet sont éloquentes : tant les professionnels qui travaillent en collaboration avec les IPS que le public ne semblent pas bien comprendre le rôle de l'IPS. Que ce soit en provenance de compagnies d'assurance, de bureaux de santé, de médecins ou de pharmaciens, ces appels ont tous pour objet de clarifier le rôle de l'IPS auprès de la population. De plus, lors des différentes consultations, l'élément de la méconnaissance du rôle de l'IPS est ressorti à de multiples reprises. Des IPS rapportent que, parfois, les gestionnaires dont elles relèvent ne saisissent pas ce qu'elles sont en mesure de fournir comme soins et services à la population, limitant ainsi l'offre de services dont celle-ci pourrait bénéficier.

⁹ Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2019, p. 47.

¹⁰ Les données compilées au service de consultation professionnelle démontrent que plus de 200 appels sont faits par des personnes autres que des IPS pour des questions concernant l'exercice de ces dernières.

Impact de la méconnaissance du rôle par les professionnels qui collaborent avec l'IPS

La méconnaissance du rôle de l'IPS mène parfois à une sous-utilisation de ses connaissances et compétences, voire à un refus de collaborer avec l'IPS pour un ensemble de raisons différentes. À titre d'exemple, il a été rapporté lors du sondage que certains professionnels refusent de travailler avec des IPSSP, compromettant ainsi non seulement l'autonomie professionnelle et la satisfaction au travail, mais également le déploiement de cette classe de spécialité. Les IPSSP ayant soulevé cet aspect dans les sondages mentionnent être préoccupés par leur développement professionnel.

La méconnaissance du rôle des IPS a aussi un impact sur la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, des enjeux entourant les mécanismes de collaboration ont été soulevés à de nombreuses reprises lors des consultations effectuées pour ce rapport. En effet, les IPS, surtout les IPSPL, ainsi que les représentants de la FIQ, ont mentionné que le retrait de l'obligation réglementaire d'élaborer une entente de partenariat entre un médecin partenaire et l'IPS pour pouvoir exercer leurs activités a entraîné certaines ambiguïtés dans la collaboration. Il importe de rappeler que les ententes de partenariat, initialement prévues pour assurer le déploiement de mécanismes de collaboration entre les médecins et les IPS ont été utilisées, à tort, à des fins de rémunération. Donc, le retrait de cette disposition au règlement de l'OIIQ a entraîné de fausses perceptions chez certains professionnels, notamment l'impression que les IPS pouvaient désormais travailler seules sans établir de collaboration avec les autres professionnels. Toutefois, il faut comprendre que le retrait de la disposition spécifique aux ententes de partenariat ne vient aucunement brimer la collaboration interprofessionnelle. Au contraire, conformément au règlement¹¹, les IPS doivent prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer de la présence de mécanismes de collaboration avec les différents professionnels du domaine de la santé avec lesquels elles doivent intervenir. Cette obligation se traduit notamment par l'identification de ces mécanismes de collaboration, ou une contribution de l'IPS, dans leur mise en place. Ces mécanismes peuvent, entre autres, viser la mise en place de « corridors de services » lorsque la référence vers un autre professionnel est requise.

De plus, le fait que les IPS ne puissent pas inscrire la clientèle à leur nom ne favorise pas la collaboration interprofessionnelle. Cette situation crée souvent une charge importante pour le médecin, qui se retrouve à devoir faire le suivi des patients vus par l'IPS puisqu'ils sont inscrits au nom de ce dernier. Selon les IPS et les gestionnaires consultés dont relèvent les IPS, l'abolition des ententes de partenariat et l'impossibilité d'inscrire les patients au nom de l'IPS ont contribué à ce que plusieurs IPS doivent se trouver de nouveaux lieux de travail, certains médecins préférant travailler sans leur présence.

¹¹ Article 21 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*.

Impacts de la méconnaissance du rôle par des instances externes

La compréhension du rôle de l'IPS par les instances à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux est également un enjeu important dans le déploiement optimal du rôle de l'IPS. Par exemple, plusieurs compagnies d'assurance au Québec et bureaux de santé d'entreprises ne reconnaissent pas le diagnostic et le plan de traitement déterminé par l'IPS. À titre d'exemple, prenons la situation d'un patient présentant un problème de santé mentale, et non un trouble mental. Au sens des lois professionnelles, l'IPS (toutes classes de spécialités confondues) est habilitée à prescrire un arrêt de travail si cela est indiqué, par exemple dans le cas où la personne vit un deuil (il s'agit d'une situation passagère, ce qui correspond en général à un problème de santé mentale et non un trouble mental). Toutefois, certaines compagnies d'assurance exigent que ce soit obligatoirement un médecin qui signe l'arrêt de travail et peuvent parfois même exiger l'amorce d'une thérapie médicamenteuse pour accepter d'accorder l'indemnité de remplacement de revenu. L'IPS doit donc solliciter un médecin qui accepte de contresigner ledit document pour permettre au patient d'être indemnisé par son assureur durant son arrêt.

Ainsi, certaines limites persistent quant à l'autonomie professionnelle des IPS. Toutefois, ce sont des éléments liés à la méconnaissance du rôle qui ressortent des consultations et qui maintiennent des barrières, et ne portent pas sur la définition des activités des IPS délimitées en fonction de leur classe de spécialité.

Recommandations

4. Établir, en collaboration avec les partenaires concernés, une vision commune et optimale du rôle de l'IPS.
5. Déterminer, en collaboration avec les partenaires concernés, des stratégies visant à faire connaître le rôle de l'IPS à la fois auprès de la population, des autres professionnels ainsi que des instances externes.
6. Clarifier les attentes quant aux mécanismes de collaboration ainsi qu'aux obligations professionnelles liées au suivi des patients, au moyen de communications auprès des personnes concernées.

3.3 Autres constats

Bien que les principaux éléments d'analyse pour ce rapport portent sur l'impact des modifications législatives et réglementaires du point de vue de l'accès aux soins et aux services de santé offerts par l'IPS et de l'autonomie professionnelle, d'autres constats nécessitent d'être abordés, car ils ont un impact direct sur l'accessibilité. L'OIIQ a pour principale fonction d'assurer la protection du public par et avec les infirmières et infirmiers, tout en veillant à l'amélioration de la santé des Québécois; il convient donc de se pencher sur les retombées des modifications législatives et réglementaires sur la qualité des soins et des services offerts à la population.

3.3.1 Retombées sur la qualité des soins et des services

Plusieurs études démontrent que la qualité des soins et des services offerts par les IPS, est équivalente et parfois supérieure¹² à celle des soins et des services dispensés par d'autres professionnels¹³. Au moment de rédiger ce rapport, aucune étude n'a été réalisée sur la qualité des soins et des services offerts spécifiquement par les IPS du Québec depuis l'entrée en vigueur des nouveautés législatives et réglementaires leur conférant des activités réservées supplémentaires.

À la lumière des consultations effectuées, notamment auprès de directeurs de soins infirmiers à travers la province, instances notamment responsables d'assurer la qualité des soins infirmiers en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS)¹⁴, la qualité des soins et des services infirmiers ne semble pas avoir été affectée par les modifications récentes ni par la définition des activités des IPS délimitées en fonction de leur classe de spécialité.

Il est aussi possible d'affirmer que la population est satisfaite des soins et des services offerts par les IPS. En effet, plusieurs études le confirment : la qualité de ces soins et services est une valeur ajoutée pour la population¹⁵, notamment sur le plan de la réduction des hospitalisations, des réadmissions et des visites à l'urgence¹⁶. Kilpatrick relève aussi des impacts sur les équipes soignantes; en effet, ces dernières perçoivent une amélioration de la collaboration et de la communication, ainsi qu'un effet positif sur le mentorat et le *coaching*. Une revue systématique a d'ailleurs noté que le niveau de satisfaction des patients ayant reçu des soins et des services d'une IPS était plus élevé que chez ceux ayant reçu des soins d'un médecin lorsqu'il était question d'enseignement, d'écoute, de réponses à leurs questions et de soulagement de la douleur¹⁷.

L'inspection professionnelle étant le mécanisme de protection du public permettant de veiller à ce que les membres détiennent la compétence requise pour exercer de façon sécuritaire et offrir des soins de qualité à la population, il est prévu à l'OIIQ, dans le cadre du programme général d'inspection professionnelle, que l'ensemble des IPS exerçant auprès de la clientèle fassent l'objet de ce processus.

3.3.2 Collaboration interprofessionnelle

De façon générale, les consultations tenues auprès des ordres professionnels collaborant de près avec les IPS confirment que les modifications législatives et réglementaires récentes permettent toujours une bonne collaboration avec les IPS. L'Ordre des pharmaciens du Québec, par exemple, mentionne que selon leurs membres, les discussions de cas se font davantage sur une base égalitaire, puisque l'IPS peut déterminer le plan de traitement de façon autonome. De plus, depuis les nouveautés législatives et réglementaires, il n'y a plus

¹² Carranza et al., 2021; Kapu et al., 2014; Lohr et al., 2013.

¹³ Woo et al., 2017.

¹⁴ Article 207 de la LSSSS.

¹⁵ Savard et al., 2022.

¹⁶ Kilpatrick, 2013.

¹⁷ Carranza et al., 2021.

d'obligation réglementaire visant l'élaboration d'une entente de partenariat avec un médecin partenaire. Initialement, cette entente prévoyait les différents mécanismes de collaboration, ainsi que les paramètres du partenariat entre l'IPS et son médecin partenaire. Ce partenariat visait notamment à promouvoir la collaboration interprofessionnelle afin de rehausser la qualité et la sécurité des soins, ainsi que d'améliorer l'accès aux soins et services de santé.

Au fil du temps, les ententes sont parfois devenues des outils pour justifier une rémunération supplémentaire par les médecins, l'éloignant ainsi de son objectif initial. Une étude québécoise¹⁸ sur la communication entre l'IPSPL et le médecin relate d'ailleurs les difficultés de communication vécues au sujet de l'entente de collaboration. Les principaux constats sont le manque de temps pour collaborer, étant donné la pression pour voir un maximum de patients, la nécessité de « déranger » le médecin pour avoir son avis ou son accord concernant le traitement ainsi que la façon de « parler » avec le médecin, c'est-à-dire l'écart entre les manières de relater l'information. Ces ententes de partenariat n'étant plus obligatoires, les réactions et les conséquences sont mitigées chez les membres. Dans un premier temps, les IPS ont mentionné que ce retrait a facilité l'organisation de leur journée, puisque leur autonomie touche un plus grand nombre de situations. Ainsi, l'IPS peut faire plus de consultations sans avoir à valider son impression diagnostique ou son plan de traitement pour un grand nombre de situations puisqu'elle interpellera un médecin seulement si la situation dépasse ses connaissances ou ses compétences. Ensuite, des IPS rapportent que ces modifications mettent de l'avant leur jugement clinique et reconnaissent leur expertise. Une autre étude québécoise¹⁹ démontre que l'optimisation du rôle de l'IPS, notamment de l'IPSPL, dépend de l'optimisation du travail d'équipe. En effet, « la nature et la qualité des interactions entre les IPSPL et les différents collaborateurs impliqués dans la trajectoire de soins sont des facteurs importants qui influencent l'implantation et le déploiement du rôle des IPSPL » (p. 18).

3.3.3 Arrimages réglementaires et administratifs

Comme mentionné précédemment, un certain temps est nécessaire pour que les différents arrimages réglementaires et administratifs soient mis en place après de telles modifications législatives et réglementaires. L'ensemble des personnes et instances consultées est unanime sur le fait que plusieurs arrimages ne sont toujours pas en place, deux ans après l'entrée en vigueur de la loi. Cette situation cause certaines frustrations, mais surtout, limite l'utilisation optimale des connaissances et des compétences de l'IPS, ainsi que l'accès aux soins et aux services. Par exemple, la Loi 6 de 2020 prévoit l'adoption d'un règlement, par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), afin d'ajouter aux professionnels de la santé déjà prévus par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, d'autres intervenants afin d'agir dans un rôle similaire à celui du médecin qui a charge du travailleur, notamment les IPS. Or, les travaux réglementaires n'étant toujours pas terminés à ce jour, les IPS ne peuvent toujours pas, au moment d'écrire ce rapport, assurer le suivi des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle.

¹⁸ Fox et al., 2022.

¹⁹ Côté et al., 2018.

De plus, certains arrimages administratifs ne concordent toujours pas avec les modifications réglementaires. Par exemple, certains formulaires normalisés n'ont pas été modifiés à la suite des changements législatifs et réglementaires, et prévoient, encore à ce jour, uniquement la signature par un médecin. Les fonctionnaires retournent donc ces formulaires à l'IPS avec un refus de procéder au traitement de la demande. C'est notamment le cas du formulaire de « Classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP) »²⁰, visant à déterminer les besoins des personnes devant être hébergées et le milieu de soins le plus adapté à leur condition. Sur le plan des lois professionnelles, l'IPS détient les compétences et les connaissances pour remplir ce formulaire, mais puisque celui-ci est identifié comme un « formulaire médical », l'instance concernée ne juge pas recevable l'évaluation de l'IPS.

Recommandation

7. Accélérer l'actualisation des processus, formulaires ou directives afin de refléter les dernières modifications législatives et réglementaires.

²⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1985.

Conclusion

Opportunités de modification à la LII

La Loi 6 de 2020 représente un jalon important dans l'histoire de la pratique infirmière et mise sur la reconnaissance de l'expertise et l'autonomie des IPS. Le titre même de cette loi, soit *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, est révélateur de son objectif.

Ce rapport vise donc à rendre compte de la mise en application des dispositions de cette loi. Si des travaux sont toujours nécessaires afin d'améliorer l'accès aux soins et aux services offerts par les IPS et d'optimiser leur autonomie professionnelle, l'OIIQ peut toutefois conclure que ces enjeux ne sont pas associés à la définition des activités des IPS délimitées en fonction de leur classe de spécialité.

Bien que le présent rapport vise à déterminer l'incidence sur l'accès aux soins et aux services de définir la portée des activités des IPS en fonction de leur classe de spécialité respective, l'exercice de consultation et de réflexion effectué pour la rédaction de ce dernier permet toutefois d'établir d'autres opportunités pouvant améliorer l'accès advenant l'ouverture éventuelle de la LII.

Autres opportunités

Certaines infirmières et infirmiers sont actuellement autorisés à prescrire, sous certaines conditions en vertu d'un règlement d'autorisation du CMQ. Il importe de rappeler que s'offrait, en juillet 2020, lors de l'élaboration du projet de loi n° 43, la possibilité d'ajouter une activité réservée aux infirmières et infirmiers relative au droit de prescrire à l'article 36 de la LII. Toutefois, en cours de processus, cet ajout avait fait l'objet de débats et avait été retiré seulement quelques jours avant le dépôt du projet de loi n° 43. Considérant le chantier en cours relatif à l'élargissement des pratiques, il semble à propos de réitérer cette piste comme élément de réflexion advenant une ouverture de la LII. À noter que des discussions sont amorcées avec le CMQ afin de faire évoluer le droit de prescrire dans une optique de continuité des soins et des services et de collaboration interprofessionnelle.

De plus, en 2019, lors des travaux de mise en œuvre de la *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*²¹, l'OIIQ avait demandé plusieurs modifications à la LII relatives à des aspects d'organisation, pour lesquels l'Ordre fait figure de cavalier seul au sein du système professionnel. Par exemple, nous souhaitons que le domicile professionnel d'un membre à des fins électorales (c'est-à-dire de rattachement à une section) soit celui de son lieu de travail

²¹ L.Q. 2017, chapitre 11.

et non de sa résidence personnelle. Malheureusement, ces demandes n'ont pas été acceptées. Dans l'éventualité d'une réouverture de la LII, l'OIIQ considère qu'il serait approprié de saisir cette opportunité pour apporter d'autres modifications afin d'éliminer des dispositions n'ayant plus dorénavant leur raison d'être.

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). *Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien*. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/cna/uploadedimages/documents/nursing/advanced_practice_nursing_framework_f.pdf

Carranza, A. N., Munoz, P. J., et Nash, A. J. (2021). Comparing quality of care in medical specialties between nurse practitioners and physicians. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(3), 184-193. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000394>

Comité de la formation des infirmières praticiennes spécialisées. (2020). *Programmes de formation IPS et l'évaluation des troubles mentaux*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H., et Binette, S. (2018). *Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : rapport final*. Groupe RIPOST, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne, Université Laval. https://www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/DSI_rapport_ips.pdf

Fortinash, K. M., et Holoday Worret, P. A. (dir.). (2016). *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie* (2^e éd. sous la dir. scientifique de C. Page, J.-P. Bonin et D. Houle). Chenelière Éducation.

Fox, S., Breton, M., Faria, A., et Kilpatrick, K. (2022, 23 janvier). When bothering is part of professional practice: Interprofessional collaboration and institutional influences in primary care. *Health Communication*. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2028367>

Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf

Kapu, A. N., Kleinpell, R., et Pilon, B. (2014). Quality and financial impact of adding nurse practitioners to inpatient care teams. *Journal of Nursing Administration*, 44(2), 87-96. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000031>

Kilpatrick, K. (2013). How do nurse practitioners in acute care affect perceptions of team effectiveness? *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2636-2647. <https://doi.org/10.1111/jocn.12198>

Lohr, R. H., West, C. P., Beliveau, M., Daniels, P. R., Nyman, M. A., Mundell, W. C., Schwenk, N. M., Mandrekar, J. N., Naessens, J. M., et Beckman, T. J. (2013). Comparison of the quality of patient referrals from physicians, physician assistants, and nurse practitioners. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(11), 1266-1271. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.08.013>

Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel, L.Q. 2017, chapitre 11. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicsearch/telecharge.php?type=5&file=2017c11f.pdf>

Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé (Loi 6), L.Q. 2020, chapitre 6. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicsearch/telecharge.php?type=5&file=2020c6f.pdf>

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90), L.Q. 2002, chapitre 33. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicsearch/telecharge.php?type=5&file=2002c33f.pdf>

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-8>

Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre (Loi 16), L.Q. 2022, chapitre 16. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicsearch/telecharge.php?type=5&file=2022c16f.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1985). *CTMSP : formulaire d'évaluation médicale* (Formulaire AS-528). <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/partitweb>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2022). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2021-2022*. https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2001). *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* (Rapport sur la santé dans le monde 2001). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42391/WHR_2001_fre.pdf

Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux, RLRQ, chapitre I-8, r. 15.1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-8,r.15.1>

Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, RLRQ, chapitre I-8, r. 15.1.1.1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-8,r.15.1.1.1>

Savard, I., Al Hakim, G., et Kilpatrick, K. (2022, 20 novembre). The added value of the nurse practitioner: An evolutionary concept analysis. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.1512>

Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., et Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. *Human Resources for Health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

Annexe 1

Historique des principaux jalons législatifs et réglementaires ayant eu cours depuis la création du rôle des IPS au Québec

2003

Reconnaissance légale des IPS

- Entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90)
 - ↳ Ajout de l'article 36.1 à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (désignée ci-après « LII ») énonçant les activités réservées des IPS

L'OIIQ et le CMQ conviennent de mettre en place de façon prioritaire trois classes de spécialités d'IPS : cardiologie, néonatalogie et néphrologie.

2005

Encadrement réglementaire des IPS

- Entrée en vigueur du *Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers* (c. I-8, r. 8) (désigné ci-après « Règlement sur les classes de spécialités ») créant les trois classes de spécialités d'IPS (cardiologie, néonatalogie et néphrologie)
- Modification du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* (c. M-9, r. 3) (ci-après désigné « Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale ») afin d'encadrer les conditions et les modalités d'exercice des IPS

2007

Ajout des IPSPL

- Modification du Règlement sur les classes de spécialités afin d'ajouter celle d'IPS en soins de première ligne (IPSPL)
- Modification du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale afin d'encadrer les conditions et les modalités d'exercice des IPSPL

2018

Refonte réglementaire majeure

- Remplacement du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale par le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* du CMQ (c. M-9, r. 23.1)
 - ↳ Optimisation du rôle professionnel des IPS, notamment par l'abolition des listes de médicaments pour les activités de prescription
- Modification du Règlement sur les classes de spécialités
 - ↳ Changement d'intitulé pour *Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée*
 - ↳ Maintien des classes d'IPS en soins de première ligne (IPSPL) et en néonatalogie (IPSNN)
 - ↳ Création de trois nouvelles classes de spécialités : IPS en soins aux adultes (IPSSA) (les classes en cardiologie et en néphrologie devenant des domaines de soins d'IPSSA), IPS en soins pédiatriques (IPSSP) et IPS en santé mentale (IPSSM)

2021

Avancée historique – L'OIIQ devient l'instance responsable

- Entrée en vigueur des dispositions de la *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (Loi 6 de 2020)
 - ↳ Encadrement réglementaire des IPS relevant désormais de l'OIIQ
 - ↳ Modification de l'article 36.1 de la LII notamment, par l'ajout de trois nouvelles activités réservées pour l'IPS dont, de « diagnostiquer des maladies » et de « déterminer des traitements médicaux »
- Abrogation du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* du CMQ et entrée en vigueur du nouveau *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* de l'OIIQ (c. I-8, r. 15.1.1.1.)

Annexe 2

Tableau comparatif entre le libellé des activités réservées de 2018 et celui de 2021 de l'article 36.1 de la LII

Loi sur les infirmières et les infirmiers, chapitre I-8

	2018	2021
Encadrement réglementaire des conditions et des modalités d'exercice	<p><i>Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées</i></p> <p>édicte en vertu de la <i>Loi médicale</i> (RLRQ, c. M-9, r. 23.1)</p>	<p><i>Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées</i></p> <p>édicte en vertu de la LII (RLRQ, c. I-8, r. 15.1.1.1.)</p>
Activités réservées des IPS (LII)	<p>36.1. L'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlements pris en application du paragraphe <i>b</i> du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale (chapitre M-9) et du paragraphe <i>f</i> de l'article 14 de la présente loi, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° prescrire des examens diagnostiques; 2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; 3° prescrire des médicaments et d'autres substances; 4° prescrire des traitements médicaux; 5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice. 	<p>36.1. L'infirmière praticienne spécialisée peut, lorsqu'elle y est habilitée par un règlement pris en application du paragraphe <i>f</i> du premier alinéa de l'article 14, exercer, selon les conditions et les modalités prévues par ce règlement, les activités suivantes, en fonction de sa classe de spécialité :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° diagnostiquer des maladies; 2° prescrire des examens diagnostiques; 3° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; 4° déterminer des traitements médicaux; 5° prescrire des médicaments et d'autres substances; 6° prescrire des traitements médicaux; 7° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice; 8° effectuer le suivi de grossesses.

Annexe 3

Comparaison de la définition des classes de spécialités des IPS du Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées de 2018 et celui de 2021

	2018 <i>Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, RLRQ, c. M-9, r. 23.1 (CMQ)</i>	2021 <i>Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, RLRQ, c. I-8, r. 15.1.1.1. (OIIQ)</i>
Néonatalogie IPSN	L'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie exerce les activités prévues à l'article 4*, auprès d'une clientèle en néonatalogie, dans un centre hospitalier exploité par un établissement où sont dispensés des soins de deuxième ou de troisième ligne.	Exerce auprès d'une clientèle en néonatalogie qui requiert des soins spécialisés* ou ultraspécialisés*.
Santé mentale IPSSM	L'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale exerce les activités prévues à l'article 4*, auprès d'une clientèle de tout âge, dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.	Exerce auprès d'une clientèle de tout âge qui requiert des soins de proximité*, spécialisés* ou ultraspécialisés*.
Soins aux adultes IPSSA	L'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes exerce les activités prévues à l'article 4* auprès d'une clientèle adulte qui requiert des soins de deuxième ou de troisième ligne.	Exerce auprès d'une clientèle adulte qui requiert des soins spécialisés* ou ultraspécialisés*, incluant celle qui présente des problèmes de santé mentale.
Soins pédiatriques IPSSP	L'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques exerce les activités prévues à l'article 4* auprès d'une clientèle pédiatrique qui requiert des soins de deuxième ou de troisième ligne.	Exerce auprès d'une clientèle pédiatrique qui requiert des soins spécialisés* ou ultraspécialisés*, incluant celle qui présente des problèmes de santé mentale.
Soins de première ligne IPSSL	<p>L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne exerce les activités prévues à l'article 4* auprès d'une clientèle de tout âge qui requiert des soins de première ligne, y compris lorsqu'elle est hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exploités par un établissement.</p> <p>La clientèle visée au présent article doit répondre à l'une des conditions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1° elle présente un problème de santé courant;2° elle présente une maladie chronique;3° elle nécessite le suivi d'une grossesse normale ou à faible risque;4° elle nécessite des soins palliatifs et elle est hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée exploité par un établissement. <p>L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne qui effectue le suivi d'une grossesse normale ou à faible risque le fait selon les modalités établies avec le médecin partenaire et décrites dans l'entente de partenariat.</p>	Exerce auprès d'une clientèle de tout âge qui requiert des soins de proximité*, incluant celle qui présente des problèmes de santé mentale.

* **Note** : voir encadré suivant.

Article 2 (*Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, c. I-8, r. 15.1.1.1. [OIIQ, 2021])

Soins de proximité

Les soins de santé qui présentent les caractéristiques suivantes :

- a) ils s'adressent aux personnes ayant des besoins particuliers ou des problèmes de santé usuels et variés qui ne nécessitent pas des soins spécialisés ou ultraspécialisés pour être résolus;
- b) ils comprennent un ensemble de soins et de services de santé qui s'appuient sur une infrastructure légère en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Soins spécialisés

Les soins de santé qui présentent les caractéristiques suivantes :

- a) ils s'adressent aux personnes ayant des problèmes de santé complexes qui ne peuvent être résolus par des soins de proximité;
- b) ils comprennent un ensemble de soins et de services de santé qui s'appuient sur une infrastructure et une technologie avancées en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Soins ultraspécialisés

Les soins de santé qui présentent les caractéristiques suivantes :

- a) ils s'adressent aux personnes ayant des problèmes de santé très complexes ou dont la prévalence est souvent plus faible et qui ne peuvent être résolus par les soins spécialisés;
- b) ils comprennent un ensemble de soins et de services de santé qui s'appuient sur une infrastructure et une technologie très avancées en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

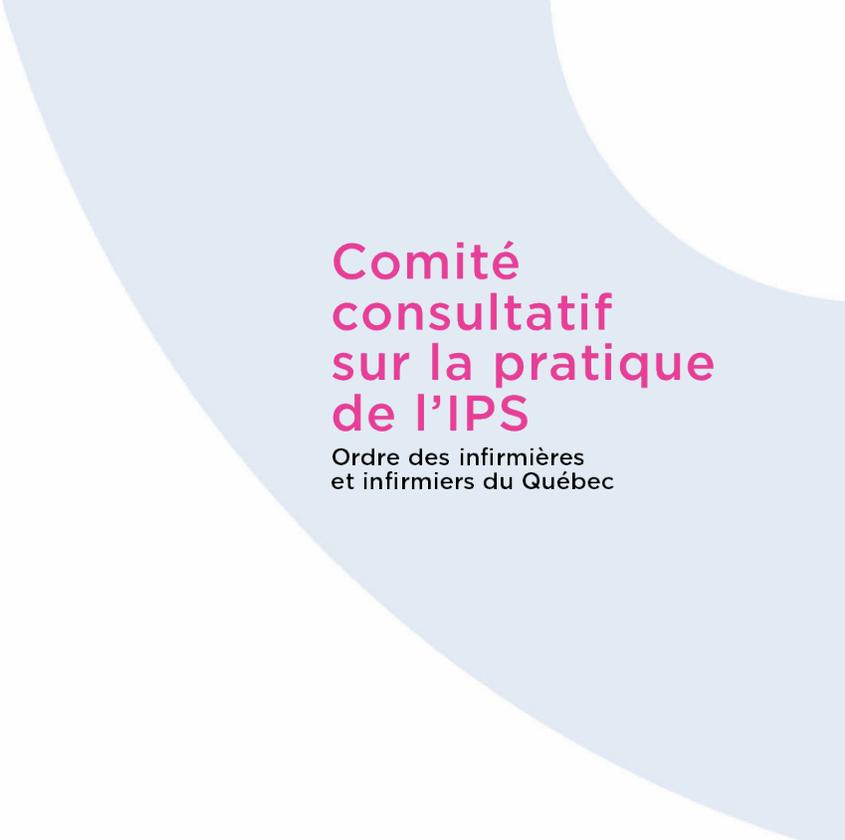
Article 4 (*Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, RLRQ, c. M-9, r. 23.1 [CMQ, 2018])

L'IPS peut exercer les activités médicales suivantes dans sa classe de spécialité :

- 1° prescrire des examens diagnostiques;
- 2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 3° prescrire des médicaments et d'autres substances;
- 4° prescrire des traitements médicaux;
- 5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Annexe 4

Avis du Comité consultatif sur la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (CCPIPS)



**Comité
consultatif
sur la pratique
de l'IPS**

Ordre des infirmières
et infirmiers du Québec

Rapport sur la mise en application des dispositions de la Loi 6

AVIS

Déposé au Conseil d'administration de
l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
lors de sa séance de travail des 23 et 24 février 2023

2023

Comité consultatif sur la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée

Le Comité consultatif sur la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) est un comité statutaire constitué en vertu du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* (chapitre I-8, r. 15.1.1.1).

Le Comité a pour mandat d'examiner :

1. les conditions et les modalités selon lesquelles les activités visées à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (chapitre I-8) sont exercées par les IPS ainsi que les normes relatives aux ordonnances faites par ces dernières;
2. les enjeux liés à la pratique clinique des IPS;
3. les nouvelles pratiques cliniques des IPS ou les améliorations qui tiennent compte de l'évolution scientifique et des nouvelles données probantes;
4. toute autre question liée à l'exercice des activités professionnelles des IPS.

Le Comité fait rapport de ses constatations au Conseil d'administration et formule, lorsqu'il le juge opportun, un avis comportant, s'il y a lieu, des recommandations.

NOTE

Le féminin est utilisé aux seules fins d'alléger le texte et désigne tous les genres sans discrimination.

INTRODUCTION

Lors de l'étude détaillée du projet de loi n° 43 ayant conduit à l'adoption de la Loi 6¹, certains députés se questionnaient sur la portée de la définition des activités des infirmières praticiennes spécialisées délimitées par leur classe de spécialité et sur l'incidence qu'aura une telle délimitation sur le cadre d'intervention et l'autonomie professionnelle des IPS. L'article 96 a ainsi été adopté afin de permettre au législateur de connaître cette incidence et de modifier la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, au besoin.

La Loi 6 de 2020 prévoit ceci, à l'article 96 :

« À l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 3, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec doit produire un rapport à l'Office des professions du Québec sur la mise en application des dispositions de la présente loi. Ce rapport doit en outre contenir tous les renseignements exigés par l'Office. À la réception du rapport, celui-ci en transmet une copie au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, qui le transmet au gouvernement. »

Dans ses communications, l'Office précise également : « par ailleurs, le mandat du Comité consultatif sur la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (CCPIPS ou Comité) ayant fait l'objet d'une révision dans le contexte du nouveau *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, il serait intéressant de présenter dans le rapport les principaux constats de ce comité. Les solutions envisagées par ses membres pour répondre aux enjeux qui auront été soulevés au cours des deux premières années de l'application des dispositions de la loi pourraient également être présentées. »

Considérant que cette demande de l'Office s'inscrit en cohérence avec le mandat du CCPIPS, les membres du Comité ont convenu de produire un avis faisant état des principaux constats et des solutions envisagées par ses membres pour répondre aux enjeux ayant été soulevés au cours des deux premières années de la mise en application de la Loi 6. L'entrée en vigueur de la Loi 6 étant le 25 janvier 2021, le rapport doit donc être déposé au plus tard le 24 janvier 2023.

CONTEXTE

Limites

Les membres du Comité souhaitent soulever quatre enjeux importants limitant l'analyse et la portée de ce rapport. Le premier enjeu est l'entrée en vigueur de la Loi 6 pendant **le contexte bien particulier de la pandémie de la COVID-19**, limitant son plein potentiel de déploiement et exigeant des adaptations situationnelles constantes, par exemple en raison du délestage ou de l'effort sociétal et sanitaire exigé.

Le deuxième enjeu est tout **le volet administratif et juridique qui ne s'est pas finalisé** en même temps que l'entrée en vigueur de la Loi 6, limitant ainsi la légitimité de certains actes ou de certaines interventions maintenant possibles avec la nouvelle loi.

Le troisième enjeu est **la limite de temps** pour l'analyse de l'impact de la Loi 6. Deux années pour produire ce rapport laissent peu de temps pour recueillir les données complètes et en faire une analyse juste et exhaustive.

Finalement, le quatrième enjeu est **l'absence d'indicateurs officiels, statutaires et pertinents pour évaluer l'impact de la Loi 6** en regard de chaque spécialité. Par exemple, il n'y a pas d'indicateurs

¹ *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*, L.Q. 2020, chapitre 6.

ou de système officiellement implantés afin de mesurer la patientèle des IPS, l'accès populationnel, le temps d'attente pour la prise en charge ou la quantité, la diversité ni même la qualité des actes des IPS et donc, l'impact de leur pratique au sein du système de santé québécois. Les données en lien avec la pratique IPS qui sont consignées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont également limitées, ne permettant pas une analyse complète de l'accès aux soins et services offerts par les IPS.

Ces enjeux limitent l'analyse de la portée de la définition des activités des infirmières praticiennes spécialisées selon leur classe de spécialité et limitent ainsi les conclusions de son incidence sur le cadre d'intervention et l'autonomie professionnelle des IPS.

Recueil des données

En regard des limites précitées, l'essentiel des données a été recueilli selon la méthode expérientielle à l'aide de deux stratégies. Premièrement, chaque membre du Comité, selon son expertise, ses expositions cliniques et ses expériences, a partagé ses différentes observations des réalités quotidiennes vécues en lien avec la Loi 6. Deuxièmement, les membres du Comité ont rencontré deux des personnes clés du réseau de la santé en lien avec la pratique de l'IPS au Québec ainsi que la Loi 6. Tout d'abord, madame Émilie Coulombe, conseillère-cadre à la Direction nationale des soins et services infirmiers et représentante de la Direction nationale des soins et des services infirmiers au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au sein du CCPIPS, qui est entre autres responsable des dossiers IPS au niveau national. Par sa position stratégique, elle a pu recueillir plusieurs observations pertinentes depuis l'entrée en vigueur de la Loi 6. Ensuite, madame Christine Laliberté, IPSPL et présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, qui a grandement participé aux différents travaux liés à la Loi 6 de 2020. L'AIPSQ a pour mandat d'assurer le développement, la mise en valeur, la pérennité ainsi que l'uniformité du rôle des infirmières praticiennes spécialisées au Québec en assurant la représentativité des IPS auprès des différentes instances stratégiques. Elle a partagé aux membres du Comité différentes observations récoltées auprès de plusieurs IPS, membres de l'AIPSQ.

Deux dimensions supplémentaires auraient amélioré l'analyse de ce rapport, soit l'accès aux données statistiques et cliniques de la pratique réelle de l'IPS depuis la Loi 6, ainsi que l'accès au sondage mené par l'OIIQ auprès des IPS ayant pour but de connaître la perception de l'impact qu'ont eu les modifications à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII) dans leur pratique au quotidien, notamment sur les plans de l'accès aux soins et services et de l'autonomie professionnelle. À noter que les résultats du sondage, en cours au moment de rédiger cet avis, feront l'objet d'un rapport qui sera déposé par l'OIIQ.

Analyse et synthèse des données : constats et enjeux

L'analyse et la synthèse des données recueillies porteront sur les trois grandes questions, soit :

- Question 1 : quelle est la portée de la définition des activités des infirmières praticiennes spécialisées délimitées par leur classe de spécialité?
- Question 2 : quelle est l'incidence des activités ips délimitées par leur classe de spécialité sur leur cadre d'intervention et sur leur autonomie professionnelle?
- Question 3 : quels sont les principaux enjeux vécus dans le cadre de la pratique ips soulevés au cours des deux premières années de l'application des dispositions de la loi?

Les informations ont été consignées en quatre grands thèmes, soit l'autonomie professionnelle, la collaboration interprofessionnelle, la méconnaissance du rôle et les arrimages administratifs.

1. AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

Le fait de pouvoir exercer les activités prévues à l'article 36.1 de la LII en fonction de leur classe de spécialité vise le développement de l'autonomie des IPS, permettant ainsi d'améliorer l'accès aux soins et services de santé ainsi que le suivi des patients. Les membres du Comité notent que les IPS accueillent positivement cet exercice selon les classes de spécialité. Le Comité constate que les IPS conçoivent bien, de façon générale, l'établissement des diagnostics et la détermination des traitements médicaux des maladies présentant des critères diagnostiques et des manifestations cliniques reconnues selon leur classe de spécialité respective. Selon les commentaires recueillis, les huit activités définies en fonction des classes de spécialité favorisent une meilleure compréhension du cadre d'intervention ainsi qu'une plus grande autonomie des IPS, dans la mesure où elles peuvent prendre plus de décisions en fonction de leur classe de spécialité.

Par ailleurs, certaines IPS ne voient pas clairement les impacts de la limite en fonction de la classe de spécialité dans leur pratique au quotidien outre l'augmentation possible de certaines activités cliniques qu'elles peuvent maintenant prodiguer, comme le suivi de grossesse. De plus, certaines zones grises persistent, particulièrement avec la clientèle présentant des troubles de santé mentale.

Des projets de recherche devraient être initiés ou encouragés afin d'assurer une évaluation autant quantitative que qualitative de l'impact de l'exercice en fonction de la classe de spécialité.

Les membres du Comité perçoivent que les IPS saluent également l'ajout des trois nouvelles activités réservées, soit :

- diagnostiquer des maladies;
- prescrire des examens diagnostiques;
- effectuer des suivis de grossesse.

Ces nouvelles activités favorisent leur autonomie professionnelle, mais également l'accès aux soins et services de santé. Par exemple, en fonction de leur classe de spécialité, les IPS peuvent maintenant diagnostiquer une hypothyroïdie et débiter un traitement sans référer aux médecins, démontrant ainsi leur autonomie professionnelle et favorisant l'accès aux soins de santé en diminuant le délai de prise en charge pour cette clientèle. Les IPS seniors apprécient cette autonomie qui assure une **meilleure fluidité** dans les soins aux patients et une complémentarité dans l'exercice de leurs rôles au sein de l'équipe de soins. Toutefois, le Comité note que des IPS novices mentionnent une certaine anxiété en lien avec leurs nouvelles responsabilités et leur niveau d'imputabilité.

Un autre enjeu dans l'évaluation des modifications réglementaires et législatives est l'absence d'évaluation officielle sur les effets et sur les retombées de ces nouvelles activités au niveau de la qualité des soins. Des projets de recherche devraient être initiés ou encouragés afin d'assurer une évaluation autant quantitative que qualitative de l'impact de l'exercice en fonction de la classe de spécialité.

Le Comité note certaines initiatives intéressantes, comme la mise sur pied de cliniques où les IPS sont autonomes, rendues possibles par les modifications législatives et réglementaires découlant de la Loi 6 de 2020. Par exemple, au CHU de Québec, il existe des cliniques gérées par les IPS où les médecins collaborateurs recommandent les patients pour un suivi particulier dans le but d'améliorer la prise en charge, d'optimiser le traitement, de diminuer les hospitalisations, d'éviter les ré-hospitalisations ou de contribuer à l'amélioration des soins.

En voici deux exemples. La clinique L'envolée, unique au Québec, permet d'assurer un suivi rapproché et transitoire des nouveau-nés ayant des conditions physiques complexes et ne pouvant être pris en charge par les services de proximité lors du départ à domicile, ainsi que ceux nécessitant une réévaluation rapide

ou des examens complémentaires demandés en externe. Une clinique des maladies cardiaques subaiguës visant l'optimisation de l'investigation et du traitement de la maladie, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, et ce, par une prise en charge globale et rapide après l'annonce du diagnostic ou un épisode aigu de décompensation cardiaque via un suivi ambulatoire rapproché a également été mise sur pied.

2. COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Ententes de partenariat

Les membres du Comité saluent le retrait de l'entente de partenariat comme obligation légale. Dans le but de maximiser les soins aux patients, l'entente de partenariat enchâssée dans le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*, abrogée en 2020, se voulait un outil pour assurer une harmonisation de collaboration bilatérale, encourager une démarche réflexive du médecin dans un esprit de compréhension et d'appropriation de son rôle collaboratif avec une IPS et outiller le médecin partenaire pour l'aider à bien exercer son rôle avec l'IPS. Bien utilisé, cet outil assure une prise de conscience des rôles de chacun et ne vient pas restreindre le champ d'exercice des professionnels impliqués. Malheureusement, les ententes ont parfois servi à d'autres fins.

Les IPS reconnaissent que les ententes de partenariat étaient un mécanisme contraignant à plusieurs égards. Toutefois, celles-ci craignent maintenant un désengagement des médecins. D'ailleurs, en résiliant les ententes de partenariat, certaines IPS ont été contraintes de changer de milieu de pratique.

Les membres du Comité et les experts rencontrés sont d'avis que la collaboration demeure essentielle pour que le médecin et l'IPS développent ensemble, de façon explicite, leur mode de travail collaboratif au profit de la qualité de la pratique. Le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* prévoit d'ailleurs la présence de ces mécanismes; toutefois, une incompréhension de la disposition concernée, soit « prendre les moyens raisonnables pour s'assurer de la présence des mécanismes de collaboration visant la continuité des soins et des services requis par l'état de santé du client » (art. 21), limite grandement son instauration. En effet, plusieurs IPS rapportent que la disposition rend l'IPS responsable du mécanisme, créant ainsi une incompréhension dans les milieux cliniques.

Actuellement, les IPS se retrouvent en nombre restreint dans une même spécialité/surspécialité ou dans les cliniques de première ligne. Il est même plutôt rare d'avoir deux IPS au même endroit. Certains médecins ont choisi de mettre fin à leur collaboration avec les IPS puisqu'un flou persiste sur les orientations qui seront prises dans les ententes FMOQ-MSSS sur le travail collaboratif entre les IPS et les médecins de famille notamment, pouvant mener au désengagement de certains médecins. Le manque de soutien pour les IPS demeure un enjeu réel. Dans cette perspective, certains centres ont modifié l'entente de partenariat en une entente de collaboration.

Évaluation de la qualité de l'acte

Notons également que certaines modalités associées aux ententes de collaboration, comme l'évaluation de la qualité de l'acte, ont été confiées à d'autres instances, notamment les Directions des soins infirmiers (DSI), déjà responsables d'assurer la qualité des soins dispensés dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Les médecins membres du Comité ont également exprimé leur préoccupation quant à l'évaluation de la qualité de l'acte des IPS, étant donné que certains mécanismes tardent à se mettre en place.

Notons que des postes de conseillères-cadres IPS ont vu le jour récemment afin de soutenir la Direction des soins infirmiers dans sa nouvelle responsabilité en regard de l'évaluation de la pratique des IPS. Ces initiatives démontrent la proactivité du MSSS à soutenir les IPS en accord avec le changement législatif et le développement de l'autonomie des IPS.

Le Comité mentionne qu'il est important de prévoir des mécanismes interprofessionnels d'évaluation de la qualité de l'acte, notamment en intégrant les différents mécanismes déjà en place au sein des établissements.

Enjeux lors des départs

Le Comité note qu'il serait également important de promouvoir la valeur ajoutée des mécanismes de collaboration, notamment en cas de départ, congé, ou changement de domaine des IPS. Les médecins consultés rapportent que le départ d'une IPS d'un milieu de soins comporte son lot d'enjeux. En effet, souvent, l'équipe médicale doit assumer le suivi des patients puisqu'il n'y a pas d'autres IPS dans l'équipe et les postes ainsi libérés demeurent à pourvoir pendant de longues périodes. Le Comité est d'avis que le mode collaboratif devrait être encouragé à l'intérieur des équipes de travail IPS, notamment en favorisant les dyades d'IPS.

L'assurance d'une plus grande fluidité dans les soins et les suivis ainsi que la sécurité du patient passent par un leadership collaboratif. Les membres croient qu'il est nécessaire de clarifier les rôles de chacun dans la foulée de l'application de la Loi 6 et de ces nouvelles modalités de collaboration.

3. MÉCONNAISSANCE DU RÔLE DE L'IPS

Lors des discussions du Comité ainsi que lorsque les experts ont pu présenter leur point de vue, la méconnaissance du rôle des IPS, mais également des nouvelles activités prévues à la LII, ont été un élément crucial. Par exemple, il a été rapporté aux membres du Comité que des pharmaciens contestent les nouvelles prescriptions IPS, que des départements de radiologie hésitent envers des requêtes des IPS, ou encore que des médecins spécialistes contestent la légitimité d'une demande de consultation par une IPS.

Milieus de pratique

Le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* ne restreint plus les lieux d'exercice pour les IPS; elles doivent dorénavant s'assurer d'exercer en fonction des définitions des classes de spécialité. Selon les informations recueillies, certains milieux ne sont pas prêts à accueillir des IPS en raison de la méconnaissance du rôle, de la formation ou des nouvelles activités des IPS. Par exemple, certaines IPSSP exercent davantage comme infirmières cliniciennes plutôt que comme IPS avec leur plein champ de pratique. L'évaluation de l'impact de la présence des IPS confirmerait la valeur ajoutée de leur rôle auprès des équipes interprofessionnelles.

Accès aux soins et services par l'IPS

Le nombre de patients suivis par l'IPS de même que le temps d'attente pour ce suivi ne sont pas connus officiellement. De plus, la patientèle n'est pas clairement statué, c'est-à-dire que la définition et les critères de prise en charge divergent d'une spécialité à l'autre (patientèle de l'IPSPL versus patientèle de l'IPSSA). Par ailleurs, afin de contribuer à l'optimisation de cette prise en charge des patients par l'IPS, un guide pour l'IPSPL vient tout juste d'être déposé par le MSSS.

Finalement il est ressorti des discussions que certaines équipes médicales manifestent des attentes irréalistes envers des IPS novices, particulièrement pour certaines IPS novices en spécialité où des charges de travail ont été qualifiées de trop importantes en regard de leur expérience à titre d'IPS.

L'inconsistance et les divergences de suivi des patients entre les différentes installations, voire les différents départements, nuisent à l'évaluation de l'accessibilité aux soins par les IPS. Considérant qu'à l'heure actuelle aucun mécanisme n'est disponible pour inscrire les patients au nom d'une IPS, nous ne disposons pas de données.

Accès limité aux IPS

À l'heure actuelle, ni la population ni les autres professionnels ne savent comment consulter une IPS. Ainsi, la population se retrouve dans l'impossibilité de prendre rendez-vous directement avec une IPS. De plus, la répartition des tâches entre les professionnels n'est parfois pas optimale et les corridors de services ne sont pas clairement établis ni mis en œuvre.

Les défis législatifs et organisationnels quant à l'inscription des patients risquent de limiter l'accessibilité aux soins. L'inscription en GMF est actuellement possible au plan législatif, mais l'arrimage avec les procédures administratives demeure à planifier et à organiser.

4. ARRIMAGES ADMINISTRATIFS

Avec l'entrée en vigueur de la Loi 6 de 2020 en plein cœur de l'urgence sanitaire, plusieurs modalités d'arrimage ont été grandement ralenties et parfois même simplement non déployées.

Référence en spécialité

Il faut ici préciser qu'il y a un important enjeu d'accès au niveau du Centre de répartition des demandes de service (CRDS) pour les IPS. Trois enjeux administratifs sont soulevés au niveau des consultations en spécialité. Le premier enjeu est la reconnaissance de la légitimité, pour l'IPS, de faire une demande en spécialité et le suivi de cette demande. Le deuxième enjeu concerne les modalités de rémunération des spécialistes, notamment pour les corridors de services. Notons que récemment, la situation a été ajustée dans les modalités de rémunération². De plus, le mécanisme pour le suivi des références lors des consultations avec des spécialistes doit être mis en place. Des travaux sont en cours au MSSS avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Les IPS se retrouvent parfois à contourner ces problématiques en demandant à un médecin de signer la demande de consultation, soulevant ainsi un enjeu de traçabilité de l'acte par l'IPS. Finalement, le troisième enjeu concerne l'IPS qui doit répondre elle-même à une demande de spécialité lorsque l'organisation des soins le permet. Sur le plan des lois et règlements, l'IPS peut tout à fait répondre à une demande de spécialité; c'est d'ailleurs pratique courante dans certains établissements. Toutefois, les conditions et modalités à l'intérieur desquelles l'IPS peut procéder à ces demandes demeurent la prérogative des établissements. Ces trois différents enjeux devraient être davantage précisés autant dans le déploiement, l'organisation que la structure des modalités de consultation. D'ailleurs, le Comité a produit un avis à ce sujet en 2019, intitulé *IPS : demande de consultation médicale*.

Aspects législatifs et réglementaires

Plusieurs des lois touchées par la Loi 6 de 2020 sont maintenant bien arrimées avec la Loi 6. Par ailleurs, les membres du Comité constatent que plusieurs travaux d'arrimage sont encore requis afin de s'assurer de la pleine actualisation de la Loi 6 de 2020, notamment par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (ROAE), ou le Régime des rentes du Québec (RRQ) pour ne prendre que quelques exemples.

Le manque d'arrimage de certains organismes avec la Loi 6 de 2020 et la méconnaissance du rôle de l'IPS limitent grandement l'autonomie professionnelle de l'IPS, sans compter les efforts et le temps consacré à tenter de tout expliquer pour assurer une meilleure accessibilité aux soins par les patients.

De plus, la reconnaissance des IPS n'est pas encore intégrée auprès de la plupart des compagnies d'assurance, limitant l'autonomie professionnelle de l'IPS. Ces compagnies exigent souvent le diagnostic médical pour un arrêt de travail, voire l'introduction d'un traitement pharmacologique parfois injustifié au plan médical afin de pouvoir indemniser la personne.

² Régie de l'assurance maladie du Québec. (2022, 14 décembre). *Préambule général [Règle 6. Malade dirigé]*. Dans *Manuel des médecins spécialistes : rémunération à l'acte*.

AVIS

Le Comité est d'avis que l'analyse et la synthèse des données permettent de relever plusieurs enjeux et constats qui sont résumés ici selon les quatre grands thèmes.

1. L'autonomie professionnelle

- La persistance de certaines zones grises, particulièrement avec la clientèle présentant des problèmes de santé mentale, au niveau d'un exercice en fonction des classes de spécialité.

2. La collaboration professionnelle

- Le manque de valorisation et de consolidation du rôle de l'IPS au sein de la communauté, à l'intérieur des équipes de soins et au sein du réseau de la santé.
- Le manque d'information sur la valeur ajoutée des mécanismes de collaboration notamment en cas de départ, congé, ou changement de domaine des IPS.
- Le mode collaboratif devrait être encouragé même à l'intérieur des équipes de travail IPS, comme de favoriser les dyades d'IPS afin d'assurer une continuité de soins.

3. La méconnaissance du rôle de l'IPS

- La méconnaissance du rôle de l'IPS par les différents acteurs du réseau de la santé, les différents organismes et la population québécoise.
- Le manque de connaissance sur la plus-value des IPS à différents niveaux : au niveau des IPS, des organisations de soins et du réseau de la santé, au niveau des organismes gouvernementaux publics ou privés.

4. Les arrimages administratifs

- L'arrimage de la Loi 6 de 2020 avec les différentes lois et les différents règlements impactés à poursuivre.
- Le manque de connaissance nommé par les différents acteurs (IPS et médecins) sur le maintien de l'entente de partenariat actuelle tant que les paramètres des lettres d'entente ne seront pas communiqués.
- La mauvaise compréhension liée à la nécessité d'instaurer des mécanismes de collaboration ainsi que de la mise en place des corridors de services.

Finalement, le Comité constate également le manque de données québécoises sur l'accès aux soins et services offerts par les IPS, ainsi que sur la qualité des soins offerts par l'IPS. Ainsi, il considère qu'il est important d'encourager le développement de la recherche afin d'évaluer et d'analyser la qualité des soins donnés par une IPS à la suite de l'application de la Loi 6 en regard de son autonomie et de l'accessibilité aux soins.

RECOMMANDATIONS

Les membres du Comité consultatif sur la pratique de l'IPS recommandent :

- Que les différentes instances impliquées poursuivent les travaux d'arrimage de la Loi 6 afin d'assurer le plein déploiement des modalités prévues.
- Que les différentes instances poursuivent la diffusion de l'information sur la pratique de l'IPS et ses différents rôles ainsi que sur la promotion du rôle et la plus-value de la pratique de l'IPS, particulièrement sur l'accessibilité aux soins, et ce, auprès des instances et organismes pertinents.
- Que soit encouragée l'émergence de projets de recherche visant l'évaluation et l'analyse de la pratique de l'IPS depuis l'application de la Loi 6 en regard particulièrement de son impact sur l'autonomie de l'IPS, sur l'accessibilité aux soins et sur la qualité de la pratique.

Sur proposition dûment appuyée, il est résolu :

- De déposer les présentes recommandations formulées par les membres du Comité au Conseil d'administration de l'OIIQ.
- De demander au Conseil d'administration de donner suite aux recommandations formulées par les membres du Comité.

Ces recommandations ont été discutées à la rencontre du 25 novembre dernier et adoptées par les membres du Comité le 10 janvier 2023 par courriel.