



**Mémoire de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
(AIPSQ)**

**présenté à
l'Office des professions du Québec**

**Analyse et recommandations de l'AIPSQ sur le projet de Règlement sur les
infirmières praticiennes spécialisées 2020**

12 août 2020

TABLE DES MATIÈRES

Table des sigles	3
L'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ)	4
Mise en contexte.....	5
Sommaire des recommandations	7
1. Section I – Dispositions générales.....	9
2. Section V – Conditions et modalités d'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la LII par l'IPS.....	13
2.1 L'article 22.....	13
2.2 Le diagnostic des maladies – une évaluation indissociable de l'état de santé physique et mentale de la personne, une complémentarité nécessaire.....	16
2.3 L'article 21	21
3. Section IV - Examen de spécialité.....	23
4. Section VI – Normes relatives aux ordonnances faites par l'IPS	24
5. Section VII - Conditions et modalités d'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la LII par l'étudiante IPS et la candidate IPS.	24
6. Section VIII - Comité consultatif sur la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée	24
7. Section IX – Dispositions transitoires et finales	26
Conclusion.....	27
Références.....	28
Annexe A	31
Annexe B	33
Annexe C	35
Annexe D.....	36

TABLE DES SIGLES

AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
CCORPI	Conseil Canadien des Organismes de réglementation de la Profession Infirmière
CMQ	Collège des médecins du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSNN	Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSA	Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
IPSSP	Infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques
LII	Loi sur les infirmières et les infirmiers
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES DU QUÉBEC (AIPSQ)

Créée en 2005, l'AIPSQ est une organisation sans but lucratif, sans attache syndicale ou corporative, qui représente plus de 550 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) québécoises. Elle assure le développement, la mise en valeur, la pérennité ainsi que l'uniformité du rôle des IPS de toutes les classes de spécialités présentes au Québec. Parmi ses mandats, l'AIPSQ représente les IPS auprès des différentes organisations ayant un rôle déterminant dans la réglementation de leur pratique.

Le conseil d'administration est composé exclusivement d'IPS bénévoles. Ces dernières recueillent, documentent et analysent les enjeux et les impacts des différents règlements successifs sur la pratique clinique de ses membres dont certains ont plus de 15 ans d'expérience.

Dans une approche constructive, l'organisation tient depuis plus de cinq ans des rencontres statutaires avec les organisations stratégiques pertinentes au sujet des enjeux relatifs à l'application des lois et des règlements qui encadrent la pratique clinique des IPS. L'AIPSQ consulte régulièrement ses membres afin d'être informée en continu de la réalité du terrain et ainsi porter le message concerté de l'ensemble des IPS.

L'AIPSQ est membre de la *Nurse Practitioner Association of Canada*, et est en contact étroit avec l'*Association des infirmières et infirmiers du Canada* (AIIC), la *Nurse Practitioners Association of Ontario* et les présidentes de toutes les associations d'IPS des provinces et territoires canadiens. Elle est aussi membre du *Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone* (SIDIIEF, 2020) qui fédère depuis 20 ans l'expertise infirmière, fait rayonner sa capacité d'innovation et sa contribution essentielle à la santé des populations. Par ses activités et ses actions de recommandations et de diffusion des savoirs, il met en valeur le leadership infirmier.

L'AIPSQ est reconnue comme une référence en pratique infirmière avancée, notamment quant au rôle des IPS, au niveau de la francophonie mondiale (Canada, Europe) ainsi qu'en Amérique du Sud (Brésil).

MISE EN CONTEXTE

La Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé (PL 43) offre une occasion unique pour que les IPS du Québec rattrapent l'écart historique qui existe entre leur champ d'exercices et celui de leurs consœurs pancanadiennes, au bénéfice de la population et des patients. Elles doivent offrir 100 % du service pour lequel elles ont été formées et pour lequel elles possèdent les compétences. Il s'agit d'une nécessité pour améliorer l'organisation du réseau et faciliter la prestation de soins aux patients. Il y a ici une occasion de valoriser et d'améliorer l'attractivité de la profession, dans le contexte où le gouvernement veut accroître significativement le nombre d'IPS dans un court laps de temps, soit 2000 IPS d'ici 2024-2025 (MSSS, 2017).

Depuis l'intégration des IPS au réseau de santé du Québec, force est d'admettre que les importantes restrictions législatives et réglementaires ont grandement limité le déploiement optimal de leur exercice. Cela a eu pour conséquence de multiplier les demandes d'intervention auprès des médecins partenaires, de diminuer l'efficacité du travail d'équipe, de limiter l'accessibilité aux soins pour la population et d'augmenter les coûts pour les contribuables. Le lecteur est invité à consulter le [mémoire de l'AIPSQ](#) (2019a) présenté à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec portant sur le PL 43 en novembre 2019, pour une analyse détaillée de ces impacts.

Par expérience, nous savons que la qualité, la continuité et l'accessibilité des soins sont étroitement interdépendantes et doivent être appréhendées en synergie dans les décisions qui concernent notre réglementation. À l'heure où le Québec investit des sommes considérables pour former et embaucher des IPS, la recherche indique qu'au-delà du nombre, ce sont l'étendue et les modèles de pratique qui déterminent la véritable contribution des IPS à la santé de la population et à l'efficacité des systèmes (Contandriopoulos et al., 2017; Donald et al., 2010, 2014). Il existe des données fiables démontrant qu'une législation et une réglementation moins restrictives permettent d'optimiser les impacts des IPS (Contandriopoulos et al., 2017). C'est le cas de l'ensemble des provinces et territoires canadiens où la pratique est plus étendue qu'au Québec.

Des recherches québécoises documentent des résultats-patients et la contribution des IPS à l'efficacité du système de santé (Kilpatrick et al., 2017; Guillaumie et al., 2019 ; Ferlatte, 2018). Clairement, il ressort que les IPS offrent des soins sécuritaires et de qualité à la population et que cette dernière est très satisfaite de la qualité des soins dont elle bénéficie lorsqu'elle est prise en charge par une IPS. Par ailleurs, la recherche démontre clairement des barrières à l'efficacité du système de santé unique au Québec, dont les délais d'attente et les visites multiples causées par les restrictions réglementaires. La nouvelle LII lève les obstacles et la nouvelle réglementation ne devrait pas limiter l'exercice des IPS.

Le présent mémoire regroupe l'analyse critique et les recommandations de l'AIPSQ à l'intention de l'Office des professions du Québec dans le cadre de la consultation sur le projet de Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées. Bien que l'AIPSQ ne soit pas un ordre professionnel, elle représente une grande majorité des IPS certifiées du Québec, ainsi que des candidates IPS à l'exercice de la profession et des étudiantes IPS de toutes les spécialités.

Les modifications proposées visent l'atteinte des objectifs du gouvernement soit : améliorer l'accès au système de santé en utilisant les professionnels au maximum de leurs compétences tout en préservant la qualité et la sécurité des soins.

Les données présentées dans ce mémoire sont issues de la recherche et de l'expérience du terrain. Elles sont le fruit d'une longue réflexion de la part de nos membres et de leurs médecins partenaires, de chercheurs canadiens, de responsables universitaires et autres acteurs clés du réseau de la santé. Elles émergent également de l'expérience des IPS dans la mise en application quotidienne des Règlements et lignes directrices actuels et antérieurs. Notre perspective apporte un éclairage essentiel pour le travail de l'Office des professions.

Afin de bien saisir la portée des demandes effectuées par les IPS du Québec, il importe de bien comprendre leur rôle, leur formation académique et leur réalité. L'AIPSQ invite le lecteur à consulter le mémoire de l'AIPSQ (2019a) présenté à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec portant sur le PL 43 en novembre 2019, partie 1, pour des explications détaillées. Vous trouverez également à l'annexe A du présent document une fiche synthèse (2019) décrivant le rôle et la formation des IPS.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

Présentées en fonction de la structure du projet de règlement et non de leur introduction dans le présent document.

SECTION I

Recommandation 1 : Retirer les définitions de première, deuxième et troisième ligne à l'article 2, alinéa 3, 4 et 5

Recommandation 2 : Que le règlement reconnaisse de façon explicite la présence de chevauchement entre les classes de spécialités.

En concordance avec ces recommandations, l'AIPSQ recommande de modifier les articles suivants :

Articles 23, 24 et 25 : Remplacer « requiert des soins de deuxième et troisième lignes » par « qui requiert des soins spécialisés et ultraspecialisés ».

Article 26 : Ajouter « qui requiert des soins spécialisés et ultraspecialisés ».

Article 27 : Remplacer « qui requiert des soins de première ligne » par « des soins spécialisés de proximité ». Notez que l'IPSPL est spécialisée dans les soins de proximité et que c'est la seule qui porte une notion de première ligne dans son titre. Dans le reste du Canada, on parle d'une IPS en soins primaires. Au Québec, il pourrait s'agir d'une infirmière praticienne spécialisée en soins primaires ou en soins de proximité.

SECTION IV

Recommandation 6 : Que les IPS siègent principalement sur le comité d'examen de spécialité et que les médecins présents agissent à titre de conseillers invités.

SECTION V

Recommandation 5 : Que les changements organisationnels nécessaires à la collaboration médecins et IPS soient mis en place en même temps que l'entrée en vigueur du règlement et de la nouvelle LII.

Recommandation 3 : Supprimer « pour les maladies qui présentent des critères diagnostiques reconnus et des manifestations cliniques habituelles » à l'article 22, de façon à respecter l'esprit de la nouvelle LII.

Recommandation 4 : Modifier l'article 22 qui devrait se lire comme suit : l'infirmière praticienne spécialisée exerce en fonction de sa classe de spécialité, les activités visées à l'article 36.1 de la LII (chapitre I-8) pour les maladies physiques et les troubles mentaux.

Une autre option serait que le projet de règlement prévoit un article qui lève cette contrainte, en considérant la formation spécifique des IPS.

SECTION VIII

Recommandation 7 : Que l'on ajoute une IPS du CA de l'AIPSQ sur le comité consultatif et qu'on nomme deux IPS sans retirer les IPS que l'OIIQ a déjà nommées.

Dans l'éventualité où un règlement ou une loi interdirait qu'une IPS du CA de l'AIPSQ siège sur le comité consultatif, l'AIPSQ recommande qu'elle puisse nommer deux IPS qui pourront y siéger sans retirer les IPS que l'OIIQ a déjà nommées.

Recommandation 8 : Que le quorum du comité consultatif soit majoritaire en faveur des IPS. Ainsi, à l'article 33, le quorum du comité consultatif devrait plutôt être de 4 infirmières praticiennes spécialisées sur 7 membres.

SECTION IX

Recommandation 9 : Ajouter « ou en néphrologie » à la suite de « [...] certificat de spécialiste d'IPS en cardiologie [...] » au sein de l'article 35.

Recommandation 10 : Que le quorum du comité soit majoritaire en faveur des IPS. Ainsi à l'article 37, le quorum du comité consultatif devrait plutôt être de 3 infirmières praticiennes spécialisées sur 5 membres.

RECOMMANDATIONS DE L'AIPSQ – PROJET DE RÈGLEMENT SUR LES IPS

L'AIPSQ tient à souligner la double avancée historique de la nouvelle législation : conférer à l'OIIQ l'entière responsabilité de l'exercice professionnel des IPS et reconnaître aux IPS le droit de diagnostiquer.

Une grande partie du projet de règlement est en cohérence avec la nouvelle LII, mais certains éléments s'éloignent de l'objectif du législateur. Les sujets traités dans ce mémoire représentent les éléments potentiellement problématiques qui pourraient restreindre, sans raison valable, la pratique des IPS au Québec, et ainsi complexifier la prestation de soins aux patients.

1. SECTION I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Article 2, alinéa 3^o, 4^o, 5^o : Définitions des soins de première, deuxième et troisième ligne.

3^o « Soins de première ligne » : les soins de santé qui présentent les caractéristiques suivantes :

- a) ils s'adressent principalement aux personnes ayant des besoins ou des problèmes communs de santé ;
- b) ils comprennent un ensemble de soins et de services de santé de proximité qui sont principalement courants et qui s'appuient sur une infrastructure légère en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques ;

4^o « Soins de deuxième ligne » : les soins de santé qui présentent les caractéristiques suivantes :

- a) ils s'adressent aux personnes ayant des problèmes de santé complexes, lesquels ne peuvent être résolus par les soins de première ligne ;
- b) ils comprennent un ensemble de soins et de services de santé principalement spécialisés qui s'appuient sur une infrastructure complexe en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques.

5^o « Soins de troisième ligne » : 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 très faible ;
- b) ils comprennent un ensemble de soins et de services de santé principalement ultraspecialisés.

D'entrée de jeu, l'AIPSQ est surprise de voir que le projet de Règlement prévoit des définitions pour les soins de première, deuxième et troisième ligne. Ces définitions n'apportent aucune valeur ajoutée à la pratique infirmière avancée ou aux types de clientèles desservies par les IPS.

De plus, il n'existe pas de définition scientifique ou consensuelle pour ces différentes catégories de soins.

En ce qui concerne la définition de soins de première ligne, l'inclusion de la notion de « besoins ou problèmes **communs** de santé qui sont principalement **courants** et qui s'appuient sur une infrastructure **légère** en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques » sera difficile à interpréter et à mettre en pratique. Par expérience, ces notions vont créer de la confusion dans le champ d'exercice, limiter la pratique des soins exercés dans la communauté et, incidemment, limiter l'accès aux services par les patients. C'est en quelque sorte revenir à la notion de « maladies courantes » qui se trouvait dans la première version du PL 43 en référence aux maladies que les IPS sont habilitées à diagnostiquer. Or, les parlementaires ont jugé qu'il n'était pas souhaitable de qualifier le terme « maladies ». Nous y reviendrons à l'article 22, section 3.

De plus, le projet de règlement grade les soins sur un continuum linéaire en partant de problèmes communs de santé (1^{ère} ligne) pour aller vers des soins complexes (2^e ligne) et très complexes (en 3^e ligne). Il s'agit d'une conceptualisation des soins et services qui ne tient pas la route en pratique clinique. Les patients ont des besoins dont l'intensité varie tout au cours de leur vie. Il arrive que des problèmes de santé très complexes soient gérés dans les services de proximité (ce qui serait considéré 1^{ère} ligne) par des IPS, des médecins et une équipe interprofessionnelle, sans nécessiter une infrastructure complexe en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Les soins gériatriques en hébergement de longue durée en sont un exemple. De plus, certains soins complexes, telles les interventions spécialisées en santé mentale peuvent également s'effectuer dans des environnements définis comme des lieux de soins de première ligne. En d'autres temps, l'IPS en soins de proximité peut prescrire de l'imagerie spécialisée telle qu'une tomodensitométrie ou une résonance magnétique sans que le patient soit pris en charge par une équipe désignée en 2^e ou 3^e ligne selon les définitions du projet de Règlement.

Les IPS de toutes les classes de spécialités, qu'elles exercent dans la communauté ou en centre hospitalier, évaluent et assurent le suivi de personnes avec des problèmes de santé dont la complexité est variable. Ainsi, une IPSPL peut intervenir auprès de patients avec des besoins complexes en CHSLD, en soins à domicile intensifiés, en soins palliatifs ou évaluer une simple otite dans une clinique sans rendez-vous. Ce sont tous des soins considérés en 1^{ère} ligne dans le champ de pratique actuel de l'IPSPL, alors que plusieurs de ces exemples ne correspondent pas à la définition proposée dans le projet de règlement. Dans un même ordre d'idées, l'IPSSA du domaine de la cardiologie peut initier un simple antihypertenseur ou un médicament pour l'hypothyroïdie lors d'une visite de suivi en clinique externe, mais elle peut aussi diagnostiquer une maladie rare, intuber une personne en arrêt cardiaque ou procéder à une cardioversion. Ces procédures invasives nécessitent d'être exécutées en centre hospitalier, cela va de soi, mais

lorsqu'elle initie un antihypertenseur en clinique externe, elle fait exactement ce que ferait une IPSPL en soins de proximité, tout comme une IPSPL qui ajusterait un traitement en insuffisance cardiaque ferait ce qu'une IPSSA peut faire. De plus, une IPSSA qui admet une personne en insuffisance cardiaque aiguë présentant une infection urinaire concomitante doit pouvoir traiter cette condition fréquente et bénigne. Le libellé du projet de règlement pourrait empêcher l'IPSSA de gérer ce problème fréquent et nécessiterait une consultation avec un médecin spécialiste.

Adoptées telles quelles, ces trois définitions entraîneraient des frontières rigides qui ne tiennent pas la route en ce qui concerne la réalité clinique et l'organisation du travail dans le réseau de la santé. Ces définitions arbitraires compliqueraient l'exercice quotidien des IPS en compartimentant les types de soins en silo alors que la réalité est toute autre et que les pratiques interprofessionnelles vont dans un mouvement inverse de décloisonnement.

À plusieurs reprises dans le passé, l'ajout de définitions restrictives inapplicables sur le terrain a généré de multiples questionnements, déclenché des avalanches de communications avec l'OIIQ, provoqué des choix déchirants de réorganisation du travail qui ont mené à des modifications de pratique à géométrie variable selon la tolérance de chacun à l'ambiguïté.

Les IPSPL et une partie des IPSSM exercent des soins de proximité directement dans la communauté et non en centre hospitalier. Les IPSSA, les IPSSP, les IPSNN et la seconde partie des IPSSM exercent dans des centres hospitaliers ou dans des cliniques externes. Ce sont les seules distinctions claires et sans risque d'interprétation. Même au fil du temps, la distinction des concepts de soins dans la communauté et les soins hospitaliers ultraspecialisés risquent de se modifier selon la réorganisation des soins et services si, par exemple, les IPSSA ou les IPSSP allaient à domicile.

Recommandation 1 : Retirer les définitions de première, deuxième et troisième ligne à l'article 2, alinéa 3, 4 et 5.

Recommandation 2 : Que le règlement reconnaisse de façon explicite la présence de chevauchement entre les classes de spécialités.

En concordance avec ces recommandations, nous recommandons de modifier les articles suivants :

Articles 23, 24 et 25 : Remplacer « requiert des soins de deuxième et troisième lignes » par « qui requiert des soins spécialisés et ultraspecialisés ».

Article 26 : Ajouter « qui requiert des soins spécialisés et ultraspécialisés ».

Article 27 : Remplacer « qui requiert des soins de première ligne » par « des soins spécialisés de proximité ». Notez que l'IPSP est spécialisée dans les soins de proximité et que c'est la seule qui porte une notion de première ligne dans son titre. Dans le reste du Canada, on parle d'une IPS en soins primaires. Au Québec, il pourrait s'agir d'une infirmière praticienne spécialisée en soins primaires ou en soins de proximité.

2. SECTION V – CONDITIONS ET MODALITÉS D’EXERCICE DES ACTIVITÉS VISÉES À L’ARTICLE 36.1 DE LA LII PAR L’IPS.

2.1 L’article 22

Article 22. – L’IPS exerce, en fonction de sa classe de spécialité, les activités visées aux paragraphes 1^o et 4^o de l’article 36.1 de la LII (chapitre I-8) pour les maladies qui présentent des critères diagnostiques reconnus et des manifestations cliniques habituelles.

La nouvelle LII a clairement ajouté le droit de diagnostiquer des maladies au champ d’exercices des IPS. Quant à lui, le projet de règlement introduit des caractéristiques spécifiques aux types de maladies qu’elles pourraient diagnostiquer, en faisant référence à des « critères diagnostiques reconnus et des manifestations cliniques habituelles ». Ces éléments restreignent la portée de la loi, telle qu’adoptée à l’unanimité par les parlementaires. En raison d’expériences antérieures, l’AIPSQ est très préoccupée de l’impact potentiel d’un règlement restrictif difficile à interpréter en pratique clinique, pouvant mener à de la confusion et à des références médicales inutiles. De plus, les IPS sont des professionnelles responsables et imputables de leurs actes. Elles possèdent le jugement nécessaire pour identifier les situations cliniques qui présentent un niveau de complexité nécessitant des références médicales.

Depuis la création du rôle de l’IPS au Québec, les règlements successifs s’appuyaient sur une définition de problème de santé courant incluse dans le *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* (2018). Cette définition a enfin été retirée, car il a été démontré qu’elle était inapplicable sur le terrain. Dans le PL 43, la définition de « maladie courante » à l’article 36.1 de la LII, a aussi été remise en question. Les parlementaires ont voté pour la retirer en raison du risque supplémentaire de mauvaise interprétation, d’ajout de restrictions à la pratique clinique menant à des références médicales obligatoires non essentielles et entraînant à nouveau un dédoublement des services et une réduction de l’accessibilité aux soins et services pour la population. Il a été convenu qu’une maladie est une maladie et aucune caractéristique n’a été jugée acceptable par les parlementaires.

a. La notion de « critères diagnostiques reconnus »

Le processus de démarche clinique en vue de poser un diagnostic est itératif. Comme les médecins, les IPS utilisent une méthode d’analyse probabiliste rigoureuse. Elles repèrent et mettent en lien un ensemble d’indices à l’histoire et à l’examen physique qui mène parfois à la reconnaissance immédiate d’un « patron » clinique évoquant un diagnostic clair. Le plus souvent, ce processus génère plutôt la priorisation d’hypothèses diagnostiques qui seront testées, infirmées ou confirmées par différents moyens comme des méthodes d’investigation

(ex : prélèvements, imagerie), l'observation de l'évolution naturelle ou la réponse au traitement. Ainsi, une impression diagnostique se précise dans le temps, et un diagnostic final n'est pas toujours posé avec certitude. Est-ce que la notion des critères diagnostiques reconnus mentionnée dans le projet de règlement s'appliquerait uniquement dans les situations cliniques où un diagnostic final peut être confirmé hors de tout doute? Encore une fois, des situations antérieures ont démontré que ce genre d'énoncé risque de devenir contraignant pour la pratique de l'IPS et l'efficacité des services offerts dans le réseau, s'il est interprété comme une balise incontournable où l'IPS pourrait intervenir uniquement en présence de diagnostics ayant des critères reconnus.

La notion même de critères reconnus est problématique, car ce ne sont pas toutes les maladies qui présentent des critères diagnostiques reconnus universellement. Parmi celles qui en ont, le niveau de preuve scientifique est variable et évolue dans le temps. Il existe des critères diagnostiques spécifiques dans certains guides de pratique clinique, une vaste littérature scientifique de qualité variable en constante évolution ainsi que des critères diagnostiques constamment revus par des consensus d'experts nationaux et internationaux.

La formation universitaire de 2^e cycle des IPS leur donne de solides connaissances et des habiletés de lecture critique des publications scientifiques. Elles identifient d'abord la qualité et la validité des données issues de la recherche pour ensuite évaluer la pertinence d'intégrer ces données dans leur pratique clinique en fonction des risques et bénéfices potentiels pour la population qu'elles desservent. Cette pratique réflexive basée sur la science est une compétence inhérente à la pratique infirmière avancée des IPS. Elle s'actualise en collaboration intradisciplinaire et interprofessionnelle dans un processus de décision éthique où l'IPS agit comme leader et mentor pour déployer les meilleures pratiques. En somme, l'IPS possède le jugement clinique nécessaire et elle exerce dans le respect de ses obligations déontologiques. Ainsi, la notion de critères diagnostiques reconnus n'a pas à être inscrite dans le règlement : l'énoncé n'apporte aucune valeur supplémentaire, puisque la reconnaissance de patrons cliniques congruents avec des critères diagnostiques reconnus est implicite quand ils existent, mais non applicable à l'ensemble des diagnostics émis par les cliniciens. L'énoncé risque d'être interprété de façon restrictive et de nuire à la clarté du champ d'exercices des IPS, avec des conséquences néfastes connues déjà documentées.

b. La notion de « manifestations cliniques habituelles »

Comme la notion précédente, l'introduction de « manifestations cliniques habituelles » est inutile, car elle risque de limiter indument l'étendue du champ d'exercices et, ultimement, l'accès aux services de santé pour les patients. Le clinicien se pose immédiatement la question : « habituelles » pour qui, et selon qui? Une interprétation uniforme de ce concept pour l'ensemble des IPS, des médecins et leur clientèle s'avèrerait impossible.

Les manifestations des maladies considérées « habituelles » varient grandement selon plusieurs paramètres, par exemple : l'âge, l'ethnicité, la vulnérabilité biologique et psychosociale, les autres maladies et traitements concomitants, le fait de vivre dans la communauté ou d'être hospitalisé. De plus, même en ayant les mêmes caractéristiques ou facteurs de risques, la clientèle ne présente pas toujours des signes et symptômes habituels pour une même maladie. On peut penser spontanément à la COVID-19, dont les manifestations sont toutes sauf « habituelles » d'une personne à l'autre, ou encore à l'eczéma, maladie fréquente avec des manifestations variant de typiques à très atypiques sur un continuum de sévérité allant de bénin à très sévère. Par ailleurs, la notion de « manifestations habituelles » n'est pas équivalente avec le niveau de complexité d'une maladie : une personne avec un infarctus du myocarde ou une psychose peut présenter des manifestations cliniques habituelles pour ces maladies graves qui menacent la vie.

Du point de vue du clinicien, les manifestations d'une maladie jugées « habituelles » dans sa pratique varient selon son domaine d'expertise, son expérience avec une clientèle donnée, sa classe de spécialité et son milieu de travail. Donc, non seulement les maladies ont des présentations variables, mais les IPS des différentes classes de spécialités ont développé des expertises avancées pour évaluer et reconnaître les présentations atypiques des maladies plus fréquemment rencontrées dans leur spécialité. Par exemple, il est fort probable qu'une bonne partie de la clientèle d'une IPS en poste dans une unité ultraspécialisée présente des manifestations atypiques ou des maladies rares pour lesquelles les manifestations cliniques habituelles n'existent tout simplement pas. Alors qu'elle détient l'expertise pour évaluer, diagnostiquer et traiter ces personnes, l'IPS se retrouverait dans un dilemme constant d'interprétation du règlement ayant pour conséquence d'imposer des consultations ou références médicales souvent non nécessaires. Ces consultations allongent inutilement la trajectoire des soins et, en bout de piste, sous une apparence de protection du public, ces balises trop précises peuvent nuire à la qualité, à la sécurité et à l'accès aux soins.

Côté et al. (2018) ont évalué les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique des IPSPL au Québec. Les chercheurs ont rapporté plusieurs difficultés vécues par les médecins partenaires concernant leur déploiement, principalement liées aux limites imposées par les lignes directrices associées au Règlement sur les IPS en vigueur à l'époque. D'une part, les équipes perdaient énormément de temps à démêler et gérer les conséquences de la réglementation plutôt que de se centrer sur la qualité et la pertinence des soins. D'autre part, une partie importante des demandes de consultation étaient obligatoires par règlement, sans lien avec les compétences réelles des IPS ni avec les besoins de la clientèle. Ailleurs au Canada, la majorité des normes et règlements encadrant la pratique des IPS ne vont pas aussi loin dans les précisions apportées, leur donnant ainsi la latitude nécessaire pour qu'elles consultent leurs médecins collaborateurs lorsque les soins dépassent leurs compétences ou qu'elles ne sont pas en mesure d'en assurer le suivi. Le droit de diagnostiquer a été autorisé très tôt dans les autres juridictions canadiennes. L'expérience et la recherche démontrent que les IPS maîtrisent les compétences pour discerner les situations cliniques présentant un niveau de complexité hors

de leur expertise et nécessitant une référence ou une consultation auprès d'un médecin ou d'un autre professionnel. Les IPS ont la responsabilité professionnelle d'offrir les soins requis, tant en santé physique qu'en santé mentale, et de référer selon les circonstances. C'est d'ailleurs ce que soutient le *Mental Health Commission of Canada* ainsi que la *Canadian Nurses Association* (Creamer & Austin, 2017).

Recommandation 3 : Supprimer « pour les maladies qui présentent des critères diagnostiques reconnus et des manifestations cliniques habituelles » à l'article 22, de façon à respecter l'esprit de la nouvelle LII. .

2.2 Le diagnostic des maladies – une évaluation indissociable de l'état de santé physique et mentale de la personne, une complémentarité nécessaire

Article 22. – L'IPS exerce, en fonction de sa classe de spécialité, les activités visées aux paragraphes 1^o et 4^o de l'article 36.1 de la LII (chapitre I-8) pour les maladies qui présentent des critères diagnostiques reconnus et des manifestations cliniques habituelles.

L'étude détaillée du PL 43 a mené à l'abolition sans équivoque de la scission entre santé mentale et santé physique dans la LII. Pour diagnostiquer, il est nécessaire d'évaluer. Or, en vertu du *Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux* (2014), les IPS ne sont pas autorisées à évaluer les troubles mentaux. Ce règlement sur l'évaluation des troubles mentaux a été élaboré dans un processus parallèle, sans arrimage avec le développement de la réglementation de la pratique des IPS. Il a pour conséquence de retirer le droit d'évaluer les troubles mentaux à toutes les IPS à l'exclusion des IPSSM, ce qui implique que les IPS devront référer toute clientèle souffrant d'un problème de santé mentale. L'AIPSQ a clairement démontré dans son mémoire sur le PL 43 (2019a) que cette situation crée un bris de service injustifiable auprès d'une population vulnérable d'un point de vue éthique, économique et juridique dans un contexte où les besoins en santé mentale et en soins de proximité sont criants. La solution, c'est que le règlement sur les IPS prévoit de lever cette contrainte.

La valeur ajoutée de la contribution de l'IPS réside dans sa capacité à prendre en charge et à assurer le suivi de la clientèle de façon globale, systémique. En effet, c'est l'approche holistique de l'IPS, combinée à ses compétences médicales, qui la distingue. Elle évalue et intervient auprès de la personne en interaction avec son environnement afin de lui prodiguer des soins

individualisés. La contrainte introduite par le règlement sur l'évaluation des troubles mentaux restreint l'évaluation de la santé mentale pour toutes les IPS, sauf les IPSSM. Scinder la santé mentale et physique de la personne soignée va non seulement à l'encontre même de la philosophie de la pratique infirmière avancée, mais de la pratique infirmière tout simplement! Séparer santé mentale et santé physique dans la pratique des IPS restreint toutes les classes de spécialités et crée un recul incompréhensible de la pratique existante des IPS québécoises et de leur offre de service à la population. Persévérer dans cette voie irait à contre-courant du consensus pancanadien sur les compétences de niveau débutant attendues des IPS et adoptées par l'ensemble des organismes de réglementation des infirmières des autres provinces et territoires canadiens (AIIC, 2019). L'annexe B regroupe les hyperliens vers les documents publiés par chacune des provinces et territoires. En 2017, le Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) sur l'effectif en santé a demandé que le Groupe de travail des conseillers principaux en soins infirmiers élabore une vision pour l'avenir des soins infirmiers au Canada. Le Groupe de travail a déterminé que, d'un point de vue politique et stratégique, l'optimisation et la viabilité globale des ressources humaines infirmières nécessitent : un cadre réglementaire pancanadien des soins infirmiers, une formation intégrée en soins infirmiers pour l'accès à la pratique et la possibilité pour le personnel infirmier de travailler dans son champ d'exercice optimal (Groupe de travail des conseillers principaux en soins infirmiers, 2020). Les IPS québécoises possèdent les compétences pour évaluer, diagnostiquer et traiter les personnes atteintes de problèmes de santé physique et de troubles mentaux. Le règlement doit le reconnaître.

a. Historique

Jusqu'en 2014, les lignes directrices conjointes de l'OIIQ et du CMQ concernant la pratique des IPSPL donnaient des exemples de problèmes courants faisant partie du champ d'exercice. Le trouble de l'adaptation y était clairement identifié au même titre que l'otite, la pneumonie, les infections transmises sexuellement ou la lombalgie. Le trouble de l'adaptation est un diagnostic d'exclusion : ainsi, l'IPS qui évalue la présence d'un trouble d'adaptation a dû éliminer de façon systématique la présence de signes et symptômes des autres troubles mentaux, physiques, l'influence de la médication ou de la consommation de substances (alcool, drogue) du patient. Avant le *Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux* (2014), les IPS évaluaient des troubles mentaux, et cette compétence était reconnue tant par l'OIIQ que le CMQ. Qui plus est, jusqu'en 2019, l'examen de certification de l'IPSPL incluait des mises en situation d'évaluation des troubles mentaux, en parfaite cohérence avec les compétences de base attendues de toutes les IPS au Canada.

À ce jour, les diagnostics des maladies chroniques en santé physique et mentale se posent régulièrement en concertation avec les médecins partenaires à la suite de l'évaluation de l'IPS, tout en sachant que cette dernière n'a pas le droit de poser un diagnostic, seule. Pourtant, les instances concernées et les professionnels en soins savent que les IPS doivent évaluer et établir

des impressions diagnostiques pour amorcer des traitements, ce qu'elles ont le droit de faire. Elles prouvent quotidiennement qu'elles ont les compétences essentielles pour le faire. Ce sont ces profondes incohérences entre pratique et réglementation qui sont à l'origine du changement actuel de loi en vue d'un encadrement législatif plus souple, pragmatique et réaliste, afin que les IPS puissent jouer pleinement leur rôle.

Les IPSSM n'étaient pas encore formées et certifiées que le règlement sur les IPS (2018) scindait de la même façon leur rôle. Les lignes directrices qui en découlent actuellement limitent leur champ d'exercice à évaluer la condition de santé physique de la personne et à intervenir seulement si celle-ci est directement liée au trouble mental ou au traitement pharmacologique lié au trouble mental. Pour les autres problèmes de santé physique rencontrés couramment chez leur clientèle, elles peuvent intervenir au niveau de formation de l'infirmière bachelière (1^{er} cycle universitaire) et doivent se référer constamment aux médecins. Dans ces circonstances, nous savons déjà que certains patients aux prises avec des troubles mentaux peuvent éprouver de la difficulté à consulter un autre professionnel que celui avec qui ils ont un lien thérapeutique, fragilisant ainsi l'accès aux soins. Rien ne justifie que l'on travaille parfois comme bachelière, parfois comme IPS, peu importe la classe de spécialité.

En parallèle, depuis quelques années, l'OIIQ choisit de soutenir l'intégration des IPSPL en CHSLD. La santé mentale fait partie inhérente de la santé globale des aînés en CHSLD. La grande vulnérabilité de ces personnes est reconnue : l'ensemble des maladies à cet âge se présente de façon très atypique et les traitements impliquent un risque élevé de préjudice. Des projets pilotes ayant démontré la qualité des soins donnés dans ce contexte, les IPSPL formées avant 2018 sont maintenant habilitées à travailler en CHSLD à la suite d'une formation d'appoint de 35 heures qui inclut l'évaluation et la prise en charge du délirium, des soins palliatifs, des troubles de santé mentale en gériatrie et des troubles psychologiques et comportementaux de la démence. Les programmes universitaires de formation des IPSPL sont réputés inclure les connaissances nécessaires à cette pratique depuis 2018. À nos yeux, ceci illustre, hors de tout doute, que les IPS sont adéquatement formées et peuvent exercer en toute sécurité auprès de patients ayant des besoins de santé fort complexes, de façon intégrée entre santé mentale et physique. Pourtant, l'argument principal utilisé pour limiter leur pratique en santé mentale en dehors des CHSLD est celui de leur formation jugée incomplète.

b. Formation

Le *Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux* (2014) exige une formation de niveau universitaire ainsi qu'une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques dont les modalités sont adoptées par le Conseil d'administration de l'OIIQ. Ce règlement ne reconnaît actuellement ni la formation théorique et pratique ni l'expérience clinique des IPS, sauf en ce qui a trait aux IPSSM.

Toutes les classes d'IPS ont un large tronc commun de formation où elles apprennent, entre autres, le processus hypothético-analytique, la démarche de raisonnement clinique et l'ensemble des critères diagnostiques des troubles mentaux du DSM-5¹ où elles approfondissent ceux qui sont pertinents pour leur spécialité. Elles possèdent toutes une vision globale des diagnostics lorsqu'elles évaluent les patients, ce qui leur permet d'identifier ceux qui cadrent avec leur champ de compétence et leur classe de spécialité, et de reconnaître et référer les autres. Ainsi, les IPSSM développent les compétences spécifiques pour exercer auprès des personnes qui présentent des troubles mentaux modérés à sévères, instables ou nécessitant une intensification des soins, notamment en ce qui a trait aux modèles psychologiques de traitement de la même façon que les IPSSA pratiquant dans le domaine de la cardiologie exercent auprès de patients ayant des maladies cardiaques plus complexes et sévères que ceux suivis en première ligne. On n'exclut pas la cardiologie du champ d'exercice des IPSPL pour autant.

Les IPS du Québec ont une expérience clinique qui varie entre 2 et 20 ans avant de débiter leur formation académique d'IPS. Elles ont travaillé auprès d'une clientèle diversifiée, dans des milieux de proximité et/ou en centre hospitalier. Elles ont un bagage d'expérience significatif et viennent approfondir leurs connaissances et compétences transversales et spécialisées au deuxième cycle universitaire.

La formation en santé physique et mentale des infirmières progresse ainsi sur un cursus continu totalisant 7 875 heures qui comprennent :

- un baccalauréat en sciences infirmières (plus de 100 crédits) ;
- une maîtrise en sciences infirmières (45 crédits) ;
- un diplôme d'études supérieures spécialisées (D.E.S.S.) (30 crédits)

L'AIPSQ est d'avis que toutes les IPS ont la formation requise pour évaluer et diagnostiquer des troubles de santé mentale dans le contexte de leur pratique, tout comme elles sont habilitées à diagnostiquer de façon autonome les problèmes de santé physique auxquels elles sont plus fréquemment exposées. Rappelons que les IPS du Québec ont la formation la plus longue au Canada (voir l'annexe C) et qu'elles sont les seules, au Canada, à être restreintes dans l'évaluation des troubles mentaux et des problèmes de santé physique.

c. Besoins populationnels

En 2018, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux révélait que moins de la moitié des Canadiens avec des symptômes de trouble dépressif avaient été formellement diagnostiqués, et que seulement 30 % d'entre eux avaient consulté un professionnel de la santé

¹ Le DSM-5 est le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, un manuel qui définit et classe les troubles mentaux pour améliorer les diagnostics, les traitements et la recherche.

dans les 12 mois précédents (MSSS, 2019, p.2). Selon la même étude, les données disponibles au Québec indiquent que les personnes ayant des problèmes de santé mentale hésitent souvent à consulter et ne reçoivent pas toujours l'aide et les traitements dont elles auraient besoin. Qui plus est, près de 90 % des personnes présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux sont traitées dans le cadre des services de proximité (MSSS, 2019, p.2), là où les IPSPL et les IPSSM sont présentes. La prévalence des troubles mentaux courants est en augmentation.

L'organisation actuelle au Québec ne permet pas de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux courants (ex : troubles dépressifs ou anxieux) ainsi qu'à ceux de leurs proches. (Charron et al., 2017). La deuxième vague attendue de la COVID augmentera potentiellement la prévalence des troubles mentaux et les professionnels des services de proximité doivent être prêts à agir. Les gouvernements et les chercheurs innovent continuellement pour créer des trajectoires et améliorer les services offerts. Dans son récent **guide de pratique clinique « Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services » (2019)**, le MSSS identifie *parmi les principales priorités l'importance d'améliorer l'accès aux soins et aux services en offrant de* multiples portes d'entrée favorisant la création de liens entre l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et la communauté dans laquelle les soins et services sont offerts. Les IPS font partie de la solution. Dès maintenant, 562 IPSPL et 19 IPSSM (OIIQ, 2020) pourront s'ajouter comme porte d'entrée supplémentaire pour la clientèle. Le Québec ne peut se permettre de ne pas les utiliser à leur plein potentiel. Nos collègues IPSSA et IPSSP en centre hospitalier font aussi face à cette problématique et elles doivent aussi être mises à contribution. Tous doivent s'unir pour optimiser l'offre de service.

Dans un sondage réalisé par l'AIPSQ², les IPSSM considèrent qu'elles pourraient régler 29 % des problèmes de santé physique non liés à un trouble mental afin d'éviter de diriger les patients vers des cliniques sans rendez-vous ou vers un autre professionnel de la santé, sans savoir si le patient s'y présentera, ce qui pourrait engendrer un risque de développer des complications.

Le sondage révèle que les IPSPL ont une charge de cas qui inclut déjà en moyenne 35 % de personnes aux prises avec des troubles mentaux, proportion qui peut aller jusqu'à 70 % dans certains milieux.

L'IPSPL a la formation nécessaire à l'évaluation, la prise en charge, la pose du diagnostic et l'ajustement du traitement pour les personnes qui présentent des troubles mentaux en première ligne, en se référant aux meilleurs guides de pratique clinique et en toute connaissance de ses limites, au même titre que ses collègues IPS canadiennes. C'est d'ailleurs ce niveau de connaissance qui l'amène aussi à savoir si elle doit référer vers les médecins ou vers les services de 2e et 3e lignes pour évaluer les cas plus complexes. L'exposition clinique très fréquente et

² Sondage mené en ligne auprès de 635 IPS du Québec du 29 mai au 20 juin 2020.

L'étroit travail de collaboration interprofessionnelle permettent de développer une expertise commune. Les IPSPL en poste sont formées et ont démontré leur compétence dans l'évaluation et le suivi intégré des problèmes de santé mentale et physique, tout comme les IPSSA et les IPSSP.

Afin de maintenir l'accessibilité optimale aux soins et services de santé dans un délai raisonnable, l'AIPSQ demande à l'Office des professions de reconnaître la formation académique et les compétences des IPS de toutes les spécialités. À cet effet, le règlement doit indiquer, de façon explicite, que l'évaluation et le diagnostic des maladies incluent les maladies physiques et les troubles mentaux pour toutes les IPS, sans restriction. C'est la voie à suivre pour s'arrimer au reste du Canada en cohérence avec les recommandations du Conseil Canadien des Organismes de Règlementation de la Profession Infirmière (CCORPI, 2015) sur les compétences de base des IPS au Canada.

Recommandation 4 : Modifier l'article 22 qui devrait se lire comme suit : l'infirmière praticienne spécialisée exerce en fonction de sa classe de spécialité, les activités visées à l'article 36.1 de la LII (chapitre I-8) pour les maladies physiques et les troubles mentaux.

Une autre option serait que le projet de règlement prévoit un article qui lève cette contrainte, en considérant la formation spécifique des IPS.

2.3 L'article 21

Article 21. L'infirmière praticienne spécialisée doit 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 tout au long de la trajectoire de soins ou pour contribuer à la mise en place de tels mécanismes de collaboration.

Cet article du règlement met le poids de la réussite de la collaboration interprofessionnelle sur les épaules des IPS. Pourtant, l'ensemble des professionnels de la santé, incluant les médecins et les IPS, doivent collaborer en vertu de leur code de déontologie.

Les facteurs facilitant les mécanismes de collaboration découlent en grande partie de modalités gouvernementales et organisationnelles. L'AIPSQ souhaite que ces facteurs organisationnels

soient modulés pour assurer la pérennité d'une collaboration efficiente au service des patients, en particulier en ce qui touche la collaboration entre les IPS et les médecins.

Il faudra aussi prévoir que les IPS puissent consulter et référer entre classes de spécialités sans devoir passer par un médecin. Ex : une IPSPL pourrait consulter une IPSSA du domaine de la cardiologie et vice-versa tout comme une IPSNN et une IPSSP pourraient se consulter entre elles.

Ces changements organisationnels doivent être mis en place en même temps que l'entrée en vigueur du règlement, sans quoi les dédoublements de consultations et les embûches administratives continueront d'alourdir les soins et services.

Recommandation 5 : Que les changements organisationnels nécessaires à la collaboration médecins et IPS soient mis en place en même temps que l'entrée en vigueur du règlement et de la nouvelle LII.

3. SECTION IV - EXAMEN DE SPÉCIALITÉ

Article 11, Alinéa 2^o : Le Règlement prévoit que le comité d'examen soit composé de 5 membres, dont au moins un médecin, et il peut s'adjoindre toute personne dont l'expertise est requise aux fins de la réalisation de son mandat. (Section IV, Article 11)

En vertu de la nouvelle LII qui confère à l'OIIQ le pouvoir de déterminer les classes de spécialités, les conditions et modalités d'exercice, l'exercice des IPS est dorénavant sous la responsabilité de l'OIIQ et non plus sous celle du CMQ. Dans ces circonstances, le projet de règlement doit prévoir le nombre d'IPS devant siéger sur le comité en tenant compte de chacune des classes de spécialités. Il y a suffisamment d'IPS certifiées et expérimentées au Québec pour remplir ce mandat. L'ajout d'un médecin, à titre de conseiller invité, est tout à fait admissible au besoin.

Recommandation 6 : Que les IPS siègent principalement sur le comité d'examen de spécialité et que les médecins présents agissent à titre de conseiller invité.

Article 12 : L'examen de spécialité porte sur des aspects théoriques et cliniques de la classe de spécialité concernée. Il évalue notamment l'intégration et l'application, dans diverses situations cliniques, des connaissances et des habiletés acquises (...)

Précision de l'AIPSQ : Au cours de la dernière année, l'examen de certification des IPS a été modifié et n'inclut plus de volet sur les connaissances et l'évaluation des compétences médicales comme c'était le cas auparavant. L'AIPSQ avait dénoncé cette décision, tout comme le Collège des médecins. Les IPS souhaitent s'assurer que les examens de certification de chacune des spécialités permettent d'évaluer l'ensemble des compétences des candidates IPS en pratique infirmière avancée, notamment les compétences médicales au même titre que les médecins avec lesquels elles partagent des activités diagnostiques et thérapeutiques.

4. SECTION VI – NORMES RELATIVES AUX ORDONNANCES FAITES PAR L'IPS

Article 28 : [...] avec les adaptations nécessaires [...].

L'AIPSQ comprend que l'objectif des adaptations est d'ajouter les IPS au Règlement ou de constituer un règlement spécifique aux IPS. L'AIPSQ souhaiterait avoir confirmation au préalable de ce que sont les adaptations nécessaires auxquelles le projet de règlement fait référence.

5. SECTION VII - CONDITIONS ET MODALITÉS D'EXERCICE DES ACTIVITÉS VISÉES À L'ARTICLE 36.1 DE LA LII PAR L'ÉTUDIANTE IPS ET LA CANDIDATE IPS.

Article 29, alinéa 1^o : elle respecte, avec les adaptations nécessaires [...].

Article 30, alinéa 1^o : elle respecte, avec les adaptations nécessaires [...].

L'AIPSQ souhaiterait avoir confirmation au préalable de ce que sont les adaptations nécessaires auxquelles le projet de règlement fait référence.

6. SECTION VIII - COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

Article 32 : Le comité consultatif est composé des 12 membres suivants [...].

L'article 32 du projet de règlement détaille la répartition des sièges du comité consultatif sur la pratique de l'IPS, lequel a comme mandat d'examiner de façon générale les enjeux liés à la pratique clinique de l'IPS et de suivre l'évolution de la pratique sur le terrain et dans la littérature scientifique. Nous croyons que la présence d'une IPS, membre du CA de l'AIPSQ, constitue un ajout incontournable. Cette personne porte une vision historique et systémique précieuse, sans compter son expérience personnelle sur l'évolution de la profession à travers les années. Rappelons que l'AIPSQ documente et analyse les enjeux et les impacts des

différents règlements successifs sur la pratique clinique de ses membres dont certains ont plus de 15 ans d'expérience. Sa notoriété et son expertise sont démontrées et reconnues.

De plus, elle pourrait compter sur une infrastructure de communication efficace et rapide pour sonder l'ensemble des IPS sur les enjeux pertinents.

Dans cette perspective, prévoir d'office un membre du CA de l'AIPSQ serait très certainement une valeur ajoutée.

La composition du comité inclut trois médecins dont un représentant du Collège des médecins et deux nommés par celui-ci. L'AIPSQ est une association reconnue et respectée au Québec, 100 % IPS et sans visée corporative ou syndicale, mais ne détient aucun siège au comité consultatif et n'a pas, non plus, le privilège de participer à la détermination des membres IPS.

Recommandation 7 : Que l'on ajoute une IPS du CA de l'AIPSQ sur le comité consultatif et qu'on nomme deux IPS sans retirer les IPS que l'OIIQ a déjà nommées.

Dans l'éventualité où un règlement ou une loi interdirait qu'une IPS du CA de l'AIPSQ siège sur le comité consultatif, l'AIPSQ recommande qu'elle puisse nommer deux IPS qui pourront y siéger sans retirer les IPS que l'OIIQ a déjà nommées

<p>Article 33 : Le <u>quorum du comité consultatif est de 7 membres, dont 3 infirmières praticiennes spécialisées</u>, 1 médecin et les représentants des 2 ordres professionnels.</p>

Recommandation 8 : Que le quorum du comité consultatif soit majoritaire en faveur des IPS. Ainsi, à l'article 33, le quorum du comité consultatif devrait plutôt être de 4 infirmières praticiennes spécialisées sur 7 membres.

7. SECTION IX – DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 35 : [...] certificat de spécialiste d'IPS en cardiologie [...]

Recommandation 9 : Ajouter « ou en néphrologie » à la suite de « [...] certificat de spécialiste d'IPS en cardiologie [...] » au sein de l'article 35.

Article 37 : Le comité consultatif [...] et un patient partenaire.

Durant cette période, le quorum du comité est de 5 membres, dont 2 infirmières praticiennes spécialisées, 1 médecin et les représentants des 2 ordres professionnels.

L'AIPSQ salue l'initiative de l'OIIQ d'ajouter un patient partenaire au comité.

Recommandation 10 : Que le quorum du comité soit majoritaire en faveur des IPS. Ainsi à l'article 37, le quorum du comité consultatif devrait plutôt être de 3 infirmières praticiennes spécialisées sur 5 membres

CONCLUSION

Les infirmières praticiennes spécialisées sont des professionnelles de haut niveau formées pour assurer une prise en charge globale de patients avec des besoins complexes, ce qui inclut l'acte de poser des diagnostics en fonction de leurs connaissances individuelles, de leurs compétences et de leur jugement professionnel. Les IPS au Canada et au Québec offrent des soins de qualité, sécuritaires et appréciés de la population. Elles utilisent judicieusement les résultats probants en constante évolution pour appuyer leurs décisions. Elles s'intègrent dans des équipes interprofessionnelles et collaborent avec tous les acteurs du réseau au bien-être des patients.

L'IPS a la formation, les compétences, les habiletés et le jugement clinique essentiels pour poser un diagnostic et référer au moment opportun, et ce, sans restriction sur les champs dans lesquels elle peut pratiquer. Rappelons que depuis, 15 ans, les IPS du Québec réfèrent et consultent au moment opportun.

Pour optimiser leur rayonnement et faire une différence réelle dans le système de santé, leur nombre ne suffit pas : elles doivent donc exercer à la pleine étendue de leur pratique, sans restriction inutile. À cet effet, la nouvelle LII permet au Québec de rattraper le retard sur les autres provinces et territoires canadiens. Pour avoir l'effet escompté sur les services, le règlement qui en découle doit demeurer souple, sans ambiguïté et cohérent avec la LII dans l'objectif de créer un réseau de santé solide et unique au Québec où le décloisonnement professionnel est axé sur la mobilisation entière du champ de compétence de chacun au profit de la population. En particulier, l'accès aux soins pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale doit être amélioré et non réduit.

Le gouvernement actuel a adopté la LII avec la volonté explicite d'améliorer l'accès aux soins de santé de la première ligne et de décloisonner la pratique médicale pour permettre aux professionnels de la santé d'utiliser toutes leurs compétences pour répondre aux besoins de santé de la population québécoise.

Toutes les recommandations de l'AIPSQ visent à s'assurer que le règlement transpose réellement dans la pratique l'intégralité de la LII et permette enfin au Québec de bénéficier de la pleine expertise des IPS!

RÉFÉRENCES

Pour davantage de documents de référence sur la situation des IPS, veuillez consulter la bibliographie du mémoire de l'AIPSQ (2019a) sur le projet de loi 43, cité ci-bas.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée, un cadre pancanadien. Repéré à <https://cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019a) Mémoire de l'AIPSQ présenté à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec portant sur le projet de loi 43. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-42097/memoires-deposes.html>

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). (2019b). Tableau III. L'expérience canadienne. Source : Lenora Brace, présidente Nurse practitioner association of Canada (NPAC), Claudia Mariano, Nurse practitioner association of Ontario (NPAO). Stan Marchuk, Membership Director Nurse practitioner association of Canada (NPAC).

Charron, M. ; Duhoux, A. ; Contandriopoulos, D. ; Page, C. ; Lessard, L. (2017). Le rôle des infirmières dans les services de première ligne face aux personnes souffrant d'un trouble mental courant. Santé mentale au Québec, 42 (1), 289-303. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040255ar.pdf>

Contandriopoulos, D. ; Perroux, M. Lardeux, A. Bégin, M.-C. Chiasson, A. Clément, S. de Belleville, D. Lamothe, L. Moyse, S. Paré, M. Radermaker, M. (2017). La pratique des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Canada, Montréal. Chaire de recherche Pocosá.

Conseil Canadien des Organismes de Règlementation de la Profession Infirmière (CCORPI). (2015) Compétences des infirmières praticiennes de niveau débutant au Canada.

Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Pollender, H., Binette, S. (2018). Les facteurs contributifs à l'optimisation de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : Enjeux d'optimisation du rôle, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé. Récupéré à <https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/les-facteurs-contributifs-loptimisation-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticienne-specialisee-en>.

Creamer, A-M., Austin, W. (2017). Canadian nurse practitioner core competencies identified: An opportunity to build mental health and illness skills and knowledge. The journal for nurse practitioners. 13(5), pp. e231-236

Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kioke, S., Carter, N., Harbman, P., Bourgeault, I., & DiCenso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Title confusion and lack of role clarity. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(special edition), 88-113.

- Donald, F., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Kilpatrick, K., Kaasalainen, Carter, N., Harbman, P., Bourgeault, I. (2010). The primary health care nurse practitioner role in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(special edition), 189-210.
- Durand, S. & Maillé, M. (2013). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*, p. 24. OIIQ : Auteur. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>
- Ferlatte, C-A. (2018). Contribution des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans le suivi des patients atteints de maladies. Étude de cas. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université Laval (Québec).
- Groupe de travail des conseillers principaux en soins infirmiers. (2020) Vision – Le comité FPT sur l’effectif en santé – Vision pour l’avenir des soins infirmiers au Canada.
- Guillaumie, L, Therrien, D., Bujold, L. Pelletier, J., Bujold, L. & Lauzier, S. (2019). Perspective of Quebec Primary Health Care Nurse Practitioners on their role and challenges in Chronic Disease Management: A qualitative Study. *Canadian Journal of Nursing*.
- Kilpatrick, K., Hains, S., Tchouaket, E., & Jabbour, M. (2017). Implantation du rôle de l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en centres d’hébergement et de soins de longue durée au Québec : Projet Vitrine. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 27 pages.
- Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) et d’autres dispositions afin de favoriser l’accès aux services de santé, Projet de loi n° 43 (2020). ch. 6. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-43-42-1.html>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). 2000 infirmières praticiennes spécialisées d’ici 2024-2025 pour donner des soins de santé. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1288/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de service : Guide de pratique clinique. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002409/>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). (2020). Tableau, Infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés – sommaire des effectifs certifiés et à venir. Repéré à <https://www.oiiq.org/l-ordre/qui-sommes-nous-/portrait-de-l-effectif-infirmier>
- Règlement sur la formation et l’expérience clinique requises des infirmières pour l’évaluation des troubles mentaux. (2014). Loi sur les infirmières et les infirmiers, chapitre I-8, a. 14, par. g. Code des professions, chapitre C-26, a. 94, par. h. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/l-8,%20r.%2015.1>

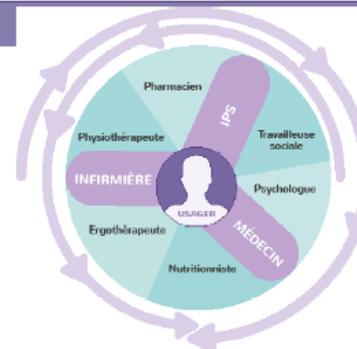
Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins. (2018). Loi médicale, chapitre M-9, a. 19, 1^{er} al., par. b, Code des professions, chapitre C-26, a. 94,1. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2013/>

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF). 2020. Repéré à <https://sidiief.org/>

Quel est le rôle de l’infirmière praticienne spécialisée (IPS)?

L’IPS :

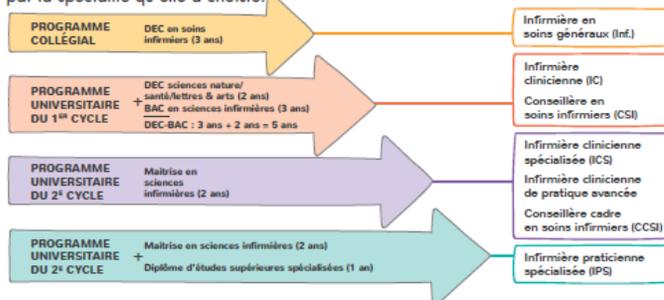
- › effectue une **évaluation globale de l’état de santé** selon la pratique infirmière avancée;
- › exerce des activités médicales qui permettent de **prescrire des médicaments**, des **examens diagnostiques** et d’effectuer **certains traitements médicaux**;
- › détient des **connaissances avancées en physiopathologie** et en **pharmacologie** pour réaliser une démarche de **raisonnement clinique** par hypothèses diagnostiques;
- › travaille en collaboration Interprofessionnelle au sein d’une **équipe** composée de **médecins**, d’**infirmières** et d’**autres professionnels** de la santé;
- › **réfère aux médecins partenaires** au moment nécessaire en tenant compte du Règlement sur les IPS et des lignes directrices en vigueur.



Quelle est sa formation?

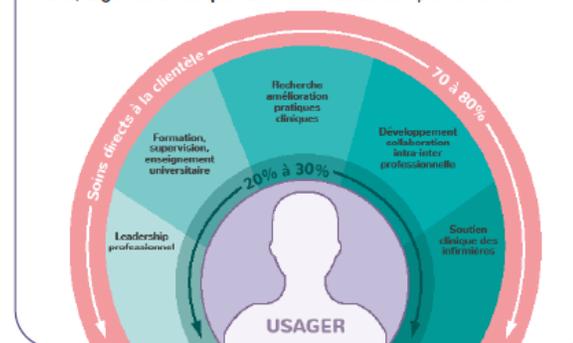
L’IPS est une **infirmière autorisée** qui :

- › détient une **formation universitaire de deuxième cycle**;
- › possède déjà une **expérience clinique minimale de 2 ans** auprès de la clientèle visée par la spécialité qu’elle a choisie.



Quelles sont les compétences de l’IPS?

Selon sa spécialité, elle assure le **suivi** et la **prise en charge** auprès d’une **clientèle de tout âge** présentant des **problèmes de santé courants, aigus ou chroniques** dont le niveau de complexité varie.



Cette fiche découle des pistes d’action de la recherche de l’équipe RIPOST sur les enjeux d’optimisation de la pratique de l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et de son plan de rayonnement.

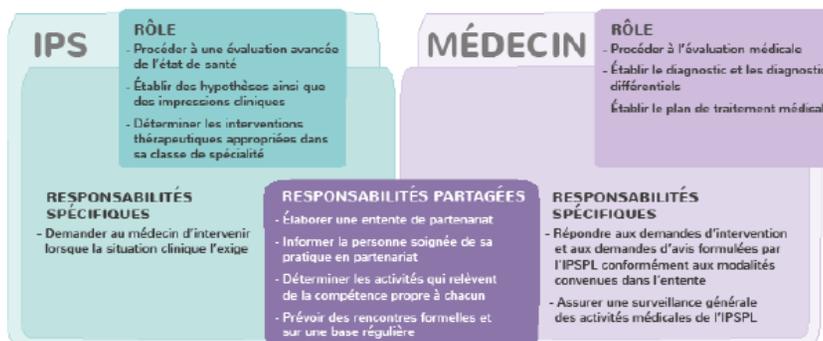
Vous pouvez consulter le rapport au <https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/les-facteurs-contributifs-loptimisation-de-la-pratique-de-linfirmiere-praticienne-specialisee-en>

Quels sont les classes de spécialités?

Au Québec, l'IPS peut se spécialiser dans 5 domaines :

- 1 Néonatalogie (IPSN)
- 2 Première ligne (IPSP)
- 3 Santé mentale (IPSM)
- 4 Soins aux adultes (IPSA)
- 5 Soins pédiatriques (IPSP)

Qu'est-ce qui différencie l'IPS du médecin?



Quelles sont les 5 activités médicales réservées?

Elles réalisent cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins, soit :

-  **Prescrire des examens diagnostiques** (radiographie, échographie, tomodensitométrie, prélèvement sanguin, prélèvement pour une culture [exemple : gorge]);
-  **Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice** (examen gynécologique, toucher rectal, ponction de liquide synovial);

-  **Prescrire des médicaments et d'autres substances** (produits sanguins);
-  **Prescrire des traitements médicaux** (cryothérapie);
-  **Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice** (points de suture, installation du stérilet).

Références

- AIPSQ. (2019). Formations requises. Récupéré de <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/formations-requises>
- AIPSQ. (2019). Devenir IPS. Récupéré de <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/devenir-ips>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien. Ottawa, ON
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). INFIRMIERES ET INFIRMIERS PRATICIENS (IP) : Une ressource inexploitée. Récupéré de https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/infirmieres-et-infirmiers-praticiens_une-ressource-inexploitee.pdf?la=fr&hash=87228772BDAD4CC9CEE2155F7719CEE2BF4263B5
- Collège des médecins du Québec. (2019). Pour un partenariat réussi MD-IPS guide à l'intention du médecin. Montréal, QC. Récupéré de <http://www.cmq.org/publications/pdf/p-1-2019-02-18-fr-parteneriat-reussi-md-ips.pdf>
- OIIQ et CMQ. (2018). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Lignes directrices. Montréal, QC Récupéré de <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSP-web.pdf/e687717b-ab24-e4f1-3003-3dc6d738a410>
- Projet IPSP.info (2014). Fiche d'information sur la définition des rôles : La définition des rôles, un élément indispensable de l'intégration des IPSP. Montréal. (octobre 2014). www.ipsp.info

ANNEXE B

Il y a un consensus pancanadien sur les compétences de niveau débutant attendues des IPS au Canada et adoptées par l'ensemble des organismes de réglementation des infirmières des autres provinces et territoires canadiens, sauf le Québec (AIIC 2019). Les liens suivants présentent les documents au regard des compétences de niveau débutant attendues et les standards de pratique pour chacune des provinces et territoires.

Colombie Britannique :

Compétences de niveau débutant attendues :

https://www.bccnp.ca/becoming_a_nurse/Documents/NP_entry_level_competencies.pdf

Étendue de la pratique :

https://www.bccnp.ca/Standards/RN_NP/StandardResources/NP_ScopeofPractice.pdf

Alberta:

Compétences de niveau débutant attendues : https://www.nurses.ab.ca/docs/default-source/document-library/standards/entry-to-practice-competencies-for-the-registered-nurses-profession.pdf?sfvrsn=15c1005a_16

Étendue de la pratique : https://www.nurses.ab.ca/docs/default-source/document-library/standards/scope-of-practice-for-nurse-practitioners.pdf?sfvrsn=ab5ce4b9_14

Saskatchewan :

Compétences de niveau débutant attendues : <https://www.srna.org/wp-content/uploads/2018/01/RNNP-Entry-Level-Competencies-2017.pdf>

Étendue de la pratique : https://www.srna.org/wp-content/uploads/2017/09/RN_NP_Practice_Standards_2017_04_26.pdf

Manitoba :

Compétences de niveau débutant attendues : [https://www.cnm.mb.ca/uploads/ck/files/Entry-Level%20Competencies%20for%20RN\(NP\)s.pdf](https://www.cnm.mb.ca/uploads/ck/files/Entry-Level%20Competencies%20for%20RN(NP)s.pdf)

Étendue de la pratique :

https://www.cnm.mb.ca/uploads/document/document_file_237.pdf?t=1541518325

Ontario :

Compétences de niveau débutant attendues : <https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/47010-np-ctp-competencies.pdf>

Étendue de la pratique : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41038_strdrnec.pdf

Nouveau-Brunswick :

Compétences de niveau débutant attendues : <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-EntryLevelCompetenciesNP-October2016-E.pdf>

Étendue de la pratique : <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-NPStandards-Dec2018-E.pdf>

Nouvelle-Écosse :

Compétences de niveau débutant attendues :

<https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/EntryLevelCompetenciesNP.pdf>

Étendue de la pratique : <https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/NP-Standards-of-Practice.pdf>

Ile du Prince Édouard :

Compétences de niveau débutant attendues :

<https://immediac.blob.core.windows.net/crnpei/pdf/Entry-Level%20Competencies%20for%20NP%20in%20Canada%20-%202016.pdf> via le site du College of registered nurses of Prince Edward Island - <https://www.crnpei.ca/legislation-bylaws-policies/standards>

Étendue de la pratique :

<https://immediac.blob.core.windows.net/crnpei/pdf/Standards%20for%20Practice%20NP%20-%202019-08-07.pdf>

Terre-Neuve et Labrador :

Compétences de niveau débutant attendues :

<https://crnrl.ca/sites/default/files/documents/RDEntry-LevelCompetenciesforNursePractitionersinNewfoundland&Labrador2016.pdf>

Étendue de la pratique :

https://www.crnrl.ca/sites/default/files/documents/Standards_of_Practice_for%20RNs_and_NPs.pdf

Yukon :

Compétences de niveau débutant attendues et étendue de la pratique :

<http://nperesource.casn.ca/wp-content/uploads/2017/01/NPFoundation.pdf>

Territoires du Nord-Ouest :

Compétences de niveau débutant attendues : <https://www.rnantnu.ca/wp-content/uploads/2019/10/Entry-Level-Comptetencies-for-Nurse-Practitioners-in-Canada.pdf>

Étendue de la pratique : <https://www.rnantnu.ca/wp-content/uploads/2019/10/SCOPE-OF-PRACTICE-2019-NEW.pdf>

ANNEXE C

Les IPS du Québec reçoivent la formation académique la plus poussée au Canada. En effet, celle-ci comporte davantage d'heures de formation sur les plans théorique et clinique (stage), tel qu'illustré dans les deux tableaux suivants :

Tableau I: Nombre comparatif d'heures d'enseignement théorique dans les programmes de formation au Canada³

Province	Enseignement théorique (heures)
Québec (toutes les universités)	630
Alberta (<i>University of Alberta</i>)	429
Nouveau-Brunswick (<i>University of New-Brunswick</i>)	468
Colombie-Britannique (<i>University of British Columbia</i>)	492
Ontario	234
Ontario (diplôme en soins de santé primaires)	273

Tableau II: Nombre comparatif d'heure d'enseignement clinique dans les programmes de formation au Canada⁷

Province	Enseignement clinique (heures)
Québec (toutes les universités)	910 à 980
Manitoba (<i>University of Manitoba</i>)	800
Colombie-Britannique (<i>University of British Columbia</i>)	794
Ontario (<i>University of Toronto</i>)	730
Alberta (<i>University of Calgary</i>)	720
Nouvelle-Écosse (<i>University of Dalhousie</i>)	700
Nouveau-Brunswick (<i>University of New-Brunswick</i>)	700
Nouveau-Brunswick (<i>University of Moncton</i>)	700
Terre-Neuve (<i>University of Newfoundland</i>)	596
Alberta (<i>University of Alberta</i>)	400 à 600
Ontario (diplôme en soins de santé primaires)	416

³ Durand, S. & Maillé, M. (2013). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*, p. 24. OIIQ : Auteur. Extrait le 29 mai 2017 de l'adresse <http://www.oiiq.org/sites/default/files/3385-Memoire-IPS.pdf>

ANNEXE D

TABLEAU III : L'expérience canadienne⁴

PROVINCE	NOUVELLE-ÉCOSSE	ONTARIO (INÉDIT – COMPLÉTÉ PAR NPAO)	COLOMBIE-BRITANNIQUE
Depuis quelle année, les IPS posent les diagnostics	2000	Environ 1995	2005
Critères de références obligatoires aux médecins avec qui vous travaillez	Aucune restriction ni aucun critère spécifique de référence	Aucun, l'IPS réfère selon les besoins du patient comme le font les médecins de famille envers les médecins spécialistes	Aucune restriction ni aucun critère spécifique de référence
Critères qui déterminent les maladies que vous pouvez diagnostiquer	Non, nous avons l'autorité de diagnostiquer selon nos connaissances individuelles, nos compétences et notre jugement	L'IPS est autorisée à poser un diagnostic selon son propre niveau de connaissance, ses compétences et son jugement	Aucun critère ne détermine la maladie à diagnostiquer, l'IPS est autorisée à poser tous les diagnostics de manière autonome
Restriction dans le suivi des troubles de santé mental ?	Aucune	Aucune	Seule restriction actuellement pour les troubles de santé mentale est de ne pas être en mesure de certifier un patient en vertu de la Loi sur la santé mentale. Par contre, il n'y a <u>aucune restriction</u> en ce qui concerne poser un diagnostic pour un trouble de santé mentale.

⁴ Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, 2019b – Mise à jour 2020