

Mémoire

Les infirmières praticiennes spécialisées: un rôle à propulser, une intégration à accélérer

Bilan et perspectives de
pérennité

*Adopté par le Conseil d'administration
de l'Ordre des infirmières et infirmiers
du Québec le 23 avril 2009*

Juin 2009

MÉMOIRE

Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer

Bilan et perspectives de pérennité

Adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
le 23 avril 2009

Juin 2009

Coordination et rédaction

Johanne Lapointe

Directrice-conseil

Direction des affaires externes et
des statistiques sur l'effectif

Collaborations spéciales à la rédaction

Hélène D'Anjou

Avocate

Direction des services juridiques

Suzanne Durand

Directrice

Direction du développement et du soutien professionnel

France Laflamme

Infirmière-conseil

Direction du développement et du soutien professionnel

Révision linguistique

Claire Saint-Georges

Secrétariat et conception du document

Louise Michaud

Distribution

Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-5273

cdoc@oiiq.org

www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

ISBN 978-2-89229-475-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-89229-476-7 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009

La reproduction d'extraits de ce document est autorisée
à la condition qu'il soit fait mention de leur provenance.

Note – Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des enjeux et des propositions	iii
Avant-propos	vii
Introduction	1
1. Contexte d'implantation	3
1.1 Un cadre d'intégration complet.....	4
1.2 Un développement lent et dispersé	6
2. Faits saillants des consultations	7
2.1 Un contexte d'implantation difficile, à améliorer	8
2.2 Plus-value et masse critique vont de pair.....	8
2.3 Le financement des postes et les conditions de travail des IPS.....	9
2.4 Le soutien aux études et aux programmes de formation	10
2.5 Les règles de soins médicaux	10
2.6 La promotion du rôle d'IPS	11
3. Enjeux et propositions	11
Enjeu 1 — Établir de véritables plans d'effectifs	12
Enjeu 2 — Financer autrement les postes d'IPS.....	18
Enjeu 3 — De toute urgence, assurer la pérennité des programmes de formation.....	20
Enjeu 4 — Revoir certaines conditions de travail des IPS	22
Enjeu 5 — Lever quelques irritants réglementaires.....	23
Enjeu 6 — Adapter les modes de rémunération des médecins	25
Enjeu 7 — Procéder aux concordances administratives nécessaires.....	25
Conclusion	27
Références	29
ANNEXE 1 – Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées selon les domaines et les lieux de pratique	35
ANNEXE 2 – Liste des règlements encadrant la pratique de l'IPS	37
ANNEXE 3 – Liste des lieux de formation pour les IPS	39
ANNEXE 4 – L'offre de service des infirmières praticiennes spécialisées	41
ANNEXE 5 – Modifications proposées aux règlements applicables à l'infirmière praticienne spécialisée	43

SIGLES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT

AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CAU	Centre affilié universitaire
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CREPUQ	Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Directrice des soins infirmiers
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMS	Groupe de médecine spécialisée
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
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
OPQ	Office des professions du Québec
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec

Sommaire des enjeux et des propositions

ENJEU 1 — ÉTABLIR DE VÉRITABLES PLANS D'EFFECTIFS

Afin de répondre aux besoins de la population et du réseau de la santé, le MSSS doit bâtir, en concertation avec les partenaires concernés, de véritables plans d'effectifs pour les spécialités actuelles et futures :

- 1** Déployer un leadership ministériel fort pour faire du rôle d'IPS une modalité d'organisation de soins, assurer la planification requise et coordonner l'application des mesures qui en découleront.
- 2** Développer et adopter une approche de planification des effectifs d'IPS permettant de déterminer les besoins, de les réévaluer régulièrement, d'établir les impératifs cliniques, de définir les cibles à atteindre et d'adopter un échéancier de réalisation, en collaboration avec les principaux intervenants dans les spécialités concernées notamment avec les fédérations de médecins, les DRMG et les DAMU.
- 3** Prendre appui sur la cible minimale de 500 IPS pour établir le plan d'effectifs d'IPS en soins de première ligne, impliquer notamment la FMOQ et élargir ce secteur aux soins de longue durée, sous réserve, pour la pratique en CHSLD, du changement réglementaire requis.
- 4** Diffuser les plans d'effectifs d'IPS afin, entre autres, de faire connaître ce nouveau rôle et sa plus-value et d'en faire la promotion auprès de la population, des établissements de santé et des candidates aux programmes de formation d'IPS.
- 5** Présenter explicitement, dans les documents stratégiques du MSSS sur l'accès aux soins et services, le déploiement du rôle de l'IPS comme une mesure d'amélioration du système de santé du Québec.

ENJEU 2 — FINANCER AUTREMENT LES POSTES D'IPS

En conséquence, il est requis de financer autrement les postes d'IPS :

- ❶ Détacher du *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'IPS* le financement des postes d'IPS.
- ❷ Établir un mécanisme permanent de financement des postes d'IPS et des candidates IPS au moyen d'un budget supplémentaire, récurrent et protégé pour les soins infirmiers correspondant aux plans d'effectifs adoptés.

ENJEU 3 — DE TOUTE URGENCE, ASSURER LA PÉRENNITÉ DES PROGRAMMES DE FORMATION

Que le MSSS prenne les moyens nécessaires pour soutenir les programmes de formation menant à la certification d'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie, en cardiologie, en néonatalogie et en soins de première ligne, élaborés par les universités :

- ❶ Impliquer les universités dans l'établissement des plans d'effectifs d'IPS.
- ❷ Inclure dans les ententes RAMQ – MSSS – FMSQ ou FMOQ une rémunération pour les médecins qui supervisent les stages des étudiantes IPS.
- ❸ Prévoir la rémunération des IPS qui supervisent les stages des étudiantes IPS dans les milieux cliniques.
- ❹ Prévoir le financement du coût des stages cliniques des étudiantes IPS.
- ❺ Reconduire les bourses d'études et les maintenir ou introduire un mécanisme salarial permanent, équivalent aux résidents en médecine.

ENJEU 4 — REVOIR CERTAINES CONDITIONS DE TRAVAIL DES IPS

Il y a lieu d'assurer des conditions de travail attrayantes pour l'IPS : échelle de salaire appropriée, rémunération du temps supplémentaire et des heures de garde et remboursement de tous les autres frais afférents :

- ❶ S'assurer que l'IPS soit rémunérée selon une échelle de salaire appropriée. Par exemple, qu'elle reçoive un salaire supérieur à celui qu'elle recevrait comme infirmière clinicienne ou celui qu'elle pourrait recevoir si elle avait une maîtrise comportant un nombre de crédits moindre.
- ❷ Rémunérer le temps supplémentaire effectué et les gardes.
- ❸ Rembourser tous les autres frais afférents dont les frais divers et le temps de déplacement des IPS.

ENJEU 5 — LEVER QUELQUES IRRITANTS RÉGLEMENTAIRES

Afin de lever les irritants portés à son attention, l'OIIQ proposera, dans les meilleurs délais, des modifications réglementaires concernant :

- ❶ Les milieux de stage (règlement de l'OIIQ).
- ❷ Le programme d'intégration requis pour les candidates ayant obtenu une équivalence de diplôme ou de formation (règlement de l'OIIQ).
- ❸ Le préalable au programme de formation de l'IPS en néphrologie (règlement de l'OIIQ).
- ❹ La possibilité d'entreprendre des études d'IPS sans expérience préalable dans le domaine de spécialité (règlement de l'OIIQ).
- ❺ L'utilisation de techniques invasives dans le cadre de la spécialité en néphrologie (règlement du CMQ).
- ❻ L'autorisation d'exercer des activités médicales pour les candidates à l'obtention d'une équivalence (règlement du CMQ).
- ❼ La révision des activités médicales de l'IPS en soins de première ligne et l'habilitation à exercer en CHSLD (règlement du CMQ).
- ❽ Le processus décisionnel prévu pour le sous-comité d'examen des programmes du Comité de la formation des IPS (règlement sur les comités de la formation de l'OIIQ).

ENJEU 6 — ADAPTER LES MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

En conséquence, que le ministère, en collaboration avec les deux fédérations de médecins, veillent à :

- ➊ Apporter les adaptations requises à la rémunération des médecins pour favoriser la collaboration interprofessionnelle souhaitée entre les IPS et les médecins.

ENJEU 7 — PROCÉDER AUX CONCORDANCES ADMINISTRATIVES NÉCESSAIRES

- ➊ Assurer la cohérence des processus administratifs, notamment avec la RAMQ, la SAAQ et la CSST pour rembourser les activités médicales permises à l'IPS.
- ➋ Demander au MSSS de jouer son rôle de coordonnateur des systèmes gouvernementaux, lorsque cela est requis.

Avant-propos

Le présent document trace un bilan de l'introduction du rôle de l'IPS et propose des mesures à mettre en place pour assurer la pérennité de son développement dans les quatre spécialités créées, soit la néphrologie, la cardiologie, la néonatalogie et les soins de première ligne.

Les constatations et solutions présentées ici découlent principalement des consultations de l'OIIQ auprès d'une trentaine d'intervenants provenant de quatre groupes d'acteurs clés du développement des IPS au Québec.

Ces groupes étaient composés :

- des doyennes et de représentantes de l'Université de Montréal, de l'Université Laval et de l'Université McGill;
- des DSI des établissements de santé qui accueillent des IPS;
- de médecins de l'Association des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques du Québec, de l'Association des néphrologues du Québec, de l'Association des pédiatres du Québec et de la Société des néonatalogistes du Québec;
- de membres de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec.

Le premier chapitre du document rappelle le contexte d'implantation de la fonction d'IPS au Québec, décrit le cadre d'intégration mis en place et présente un bilan quantitatif du développement des IPS en mai 2009. Le deuxième chapitre fait état des faits saillants ressortis des rencontres de consultation entre l'OIIQ et la trentaine d'intervenants clés du déploiement des IPS. Le troisième et dernier chapitre énonce les sept enjeux découlant des consultations de l'OIIQ, les documente et présente des propositions d'action pour chacun des enjeux soulevés.

Le document comporte aussi cinq annexes qui fournissent des indications sur le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées selon les domaines et les lieux de pratique, les règlements encadrant la pratique de l'IPS et les lieux de formation pour les IPS. Deux des annexes décrivent l'offre de service des infirmières praticiennes spécialisées et les modifications proposées aux règlements applicables à l'infirmière praticienne spécialisée.

L'OIIQ remercie tous ceux et celles qui ont accepté de participer aux consultations qu'il a menées et tient à souligner la qualité de leur engagement à faire du rôle d'IPS un levier incontournable d'accès aux services de santé pour la population.

Introduction

Sept ans après l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (« Loi 90 ») qui a permis de créer la fonction d'IPS au Québec, il y a en tout et pour tout 41 infirmières praticiennes spécialisées¹.

Par comparaison, quatre ans avant le Québec, soit en 1998, l'Ontario inscrivait la profession d'IPS dans ses lois. Aujourd'hui, l'Ontario peut compter sur 800 infirmières praticiennes spécialisées de première ligne². Aux États-Unis, plus de 100 000 IPS sont déployées dans presque tous les domaines de pratique médicale et elles travaillent aussi dans des secteurs de soins hautement spécialisés comme les soins cardiaques ou néonataux hospitaliers.

Pourtant, le Québec a mis beaucoup d'espoir et d'énergie dans le développement de cette nouvelle fonction. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, son ministère, la RAMQ, les ordres professionnels des deux professions concernées soit les médecins et les infirmières, les universités, les établissements de santé, les IPS elles-mêmes et les médecins des domaines de pratique concernés ont fourni des efforts considérables pour soutenir l'émergence de ce rôle tant attendu. En effet, la réglementation est en place, les lignes directrices sur les modalités de la pratique entre les infirmières et les médecins sont approuvées, les universités offrent les programmes de formation et un programme d'intéressement pour le financement des étudiantes et des employeurs a été instauré par le MSSS.

Les IPS qui exercent dans les domaines de la cardiologie et de la néphrologie assurent le suivi des insuffisants cardiaques et des insuffisants rénaux et les soutiennent dans la gestion de leur maladie favorisant ainsi une meilleure qualité de vie pour ces patients et leur évitant, entre autres, d'éventuelles complications et de nouveaux séjours à l'hôpital. Pour leur part, les IPS en néonatalogie assurent le suivi des nouveau-nés hospitalisés aux soins intensifs. Elles interviennent aussi auprès des familles et préparent le retour à domicile de l'enfant. D'ailleurs, les médecins de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont déclaré qu'ils n'avaient pas eu à fermer de lits au cours de l'été 2008 grâce à la présence des IPS dans leur établissement. De plus, au fil des ans et encore tout récemment, l'intérêt des journalistes et de la population pour les « superinfirmières » ne s'est jamais démenti, car ils voient en elles une solution pour la continuité des soins et l'accessibilité des services spécialisés et de première ligne.

¹ Annexe 1 – Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées selon les domaines et les lieux de pratique.

² Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (2008, p. 2).

Ils ont d'ailleurs raison, car le rôle d'IPS continue à se développer et à faire ses preuves en matière d'amélioration de l'accès et de continuité des soins dans les systèmes de santé de plusieurs pays, dont les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni. Plus près de nous, le premier ministre de l'Ontario, Dalton McGuinty, a fait un pas de plus le 20 février 2009 en créant 25 cliniques multidisciplinaires de soins de santé pour la famille appelées « Nurse Practitioner-Led Clinics » qui, comme leur nom l'indique, seront dirigées par des infirmières praticiennes de première ligne.

Que s'est-il passé au Québec pour qu'il n'y ait aujourd'hui que 41 IPS? Comment le Québec a-t-il pu prendre un tel retard? Et surtout, que devons-nous faire pour favoriser le développement d'une fonction qui, comme le confirment les expériences ailleurs dans le monde, améliore non seulement l'accès aux soins dans des contextes diversifiés mais également la qualité et la continuité des soins, ainsi que la manière de les dispenser?

Ce sont les trois questions auxquelles l'OIIQ a voulu répondre dans le présent mémoire, car le temps presse de redresser la situation, notamment en ce qui concerne les IPS dans les domaines de la néphrologie, de la cardiologie et de la néonatalogie. Dans ces trois spécialités, les postes sont créés avec une telle lenteur que les candidates n'osent pas s'inscrire de peur de ne trouver aucun emploi au terme d'une formation de deuxième cycle très avancée de plus de 65 crédits. Si tant est que les universités envisagent la fermeture des programmes de formation dans ces domaines dès 2010; il s'agit d'un véritable cri d'alarme!

Pour ce qui est de la spécialité en soins de première ligne, plus de 70 étudiantes sont actuellement inscrites aux programmes de formation et le MSSS planifie pour l'heure un effectif de 115 IPS en soins de première ligne. Par comparaison avec les trois autres spécialités, ce nombre peut paraître encourageant. Il y a toutefois lieu de mettre un bémol, car il s'agit là d'une planification de court terme élaborée à partir de l'intérêt et de la capacité de financement des agences régionales de la santé et des services sociaux pour ce nouveau rôle infirmier plutôt que des réels besoins d'accès des Québécois aux services de première ligne. Cette cible parcellaire ne permet pas non plus d'assurer la pérennité des programmes de formation.

Dans tous les cas, l'heure est au bilan, il y a des leçons à tirer de l'expérience actuelle d'implantation afin de se concerter autour des ajustements qui s'imposent et d'un processus d'introduction mieux coordonné et plus efficace, notamment par de véritables plans d'effectifs et un financement adéquat des postes d'IPS dans les établissements du réseau de la santé.

1. Contexte d'implantation

Pour qu'un tel rôle émerge, il a d'abord fallu que de nombreux acteurs clés du système de santé québécois voient dans le rôle d'IPS une solution pertinente aux difficultés d'accès aux soins pour la population et au manque de continuité dans les soins et mettent l'épaule à la roue.

Précurseurs, le Centre universitaire de santé McGill et le CHU Sainte-Justine ont mené des expériences pilotes d'implantation du rôle de l'IPS en néonatalogie dès le milieu des années 1990. Puis, au début des années 2000, l'Association des néphrologues du Québec et le Comité de travail du Réseau québécois de cardiologie tertiaire et l'Association des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques du Québec ont emboîté le pas à l'OIIQ pour créer des spécialités d'IPS dans les domaines de la néphrologie et de la cardiologie.

À peu près au même moment, la Commission Clair, s'inspirant des expériences états-uniennes et canadiennes de pratique infirmière avancée et des résultats obtenus sur le plan de la flexibilité dans l'organisation des soins, a appuyé ces démarches conjointes en recommandant, dans son rapport *Les solutions émergentes*³, la formation et l'intégration graduelle d'infirmières praticiennes dans ces domaines de pratique et aussi dans le secteur de la première ligne en CLSC et dans les GMF.

Enfin, c'est la « Loi 90 », adoptée en juin 2002, qui a permis de créer, dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII), le rôle d'IPS au Québec (2003). Ce rôle est alors vu comme une des pièces maîtresses de l'amélioration des services de santé au Québec et une innovation de cette grande réforme qui est venue changer le système professionnel, et notamment élargir le champ d'exercice des infirmières.

³ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000, p. 95).

1.1 Un cadre d'intégration complet

À ce jour, quatre spécialités d'IPS ont été créées en cardiologie, en néphrologie, en néonatalogie (2006) et, plus récemment, en soins de première ligne (2008) et toutes les balises nécessaires à l'intégration de tels rôles dans l'offre de service en soins de santé sont en place.

Le cadre législatif et réglementaire

L'article 36.1 de la LII habilite, selon la spécialité, l'IPS à exercer cinq activités médicales soit :

- 1) Prescrire des examens diagnostiques;
- 2) Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 3) Prescrire des médicaments et autres substances;
- 4) Prescrire des traitements médicaux;
- 5) Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Déoulant de la LII, cinq règlements assurent l'encadrement juridique de la pratique d'IPS⁴ et ils relèvent tantôt de l'OIIQ, tantôt du CMQ ou encore de l'OPQ et du gouvernement du Québec.

De plus, des lignes directrices conjointes OIIQ-CMQ sur les modalités de pratique de l'IPS établissent les paramètres généraux et particuliers de chacune des spécialités afin de favoriser l'intégration des IPS dans les milieux cliniques.

Ainsi, en centre hospitalier, au sein d'une équipe dirigée par le médecin traitant⁵ :

- l'IPS en néphrologie exerce auprès du patient qui nécessite des soins et services en prévention de l'insuffisance rénale (prédialyse), en hémodialyse, en dialyse péritonéale et en greffe rénale;
- l'IPS en cardiologie donne les soins infirmiers et certains soins médicaux aux patients adultes ambulatoires, ou est affectée aux soins intermédiaires ou au département de cardiologie d'un centre hospitalier. Elle intervient aussi auprès du patient et de sa famille aux différentes phases, préopératoire et postopératoire, entourant la chirurgie cardiaque;

⁴ Pour plus de détails, voir l'annexe 2 – Liste des règlements encadrant la pratique de l'IPS.

⁵ OIIQ et CMQ (2006a, 2006b, 2006c).

- l'IPS en néonatalogie donne des soins infirmiers et médicaux aux nouveau-nés admis en soins intermédiaires ou intensifs néonataux dans un CHU ou un CAU où se donnent des soins néonataux tertiaires ou de niveau 3 en néonatalogie. Elle intervient auprès du nouveau-né et de sa famille.

L'IPS en soins de première ligne, quant à elle, exerce en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille accessibles dans leur milieu de pratique ou à distance. Ensemble, ils offrent des soins de première ligne dans différents milieux cliniques, notamment dans les CSSS, les GMF, les cliniques-réseau et les dispensaires en régions isolées⁶. Les activités médicales des IPS en première ligne sont principalement liées à trois volets de soins et services, soit l'évaluation et le traitement des clientèles présentant un problème de santé courant, le suivi des patients souffrant de maladies chroniques stables et la promotion de la santé et la prévention de la maladie, y compris la participation au suivi de grossesse.

La formation et la certification

Les programmes de formation d'IPS, soit celui de la maîtrise en sciences infirmières et du diplôme complémentaire en sciences médicales dans la spécialité ciblée (avec stages cliniques) sont offerts, selon les spécialités, par l'Université de Montréal, l'Université Laval, l'Université McGill (sites de Montréal et Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue), l'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec en Outaouais en collaboration avec l'Université McGill⁷. Notons qu'il y a actuellement, au Québec, un bassin de 20 000 infirmières qui sont potentiellement admissibles au programme de maîtrise puisqu'elles détiennent déjà un baccalauréat en sciences infirmières.

Ces formations, d'une durée de deux à trois ans, donnent accès à un certificat de spécialiste qui est délivré par l'OIIQ à la suite d'un examen professionnel de certification élaboré par un comité d'examen formé d'IPS et de médecins.

Enfin, un Comité de la formation de l'infirmière praticienne spécialisée, constitué en vertu du *Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, a pour mandat d'examiner les questions relatives à la qualité de la formation de l'IPS dans le respect des compétences respectives et complémentaires de l'OIIQ, du CMQ, des établissements d'enseignement et du ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

⁶ OIIQ et CMQ (2008).

⁷ Annexe 3 – Liste des lieux de formation pour les IPS.

Les conditions d'intégration, de soutien financier et de gestion

Un programme d'intéressement de neuf millions de dollars du MSSS a été mis en place en 2003 pour une période de cinq ans et il a été révisé à plusieurs reprises durant cette période. Il est toujours maintenu et sa dernière mise à jour remonte au 5 février 2008.

Dans sa forme actuelle, ce programme vise la création de 75 postes d'IPS dans les trois domaines de spécialité (CSSS, CAU, CHU et CH) et de 115 postes d'IPS en soins de première ligne (CSSS, GMF, cliniques-réseau, dispensaires) et il comprend :

- une bourse d'études de 60 000 \$;
- une subvention de 60 000 \$ à l'établissement employeur pour les deux premières années d'emploi;
- un forfait d'installation de 25 000 \$ aux IPS en soins de première ligne formées hors du Québec, reconnues par l'OIIQ et acceptant de pratiquer dans des régions ciblées par le MSSS.

En ce qui concerne l'intégration des IPS dans les milieux de travail du réseau de la santé et des services sociaux, elle est balisée par deux appellations d'emploi introduites dans la convention collective du personnel infirmier, soit :

- la candidate IPS qui n'a pas encore réussi l'examen de certification mais qui peut exercer dès l'obtention de son diplôme universitaire;
- l'IPS, titulaire du certificat de spécialiste.

La convention collective établit les conditions de travail, dont les échelles de salaire selon la situation d'emploi à l'embauche.

1.2 Un développement lent et dispersé

Malgré un cadre d'intégration achevé, on note une entrée lente et dispersée des IPS sur le marché du travail et tout indique que ce rythme se maintiendra si rien n'est changé.

En effet, en mai 2009⁸, sur les 41 IPS qui ont obtenu leur permis d'exercice au Québec, 2 travaillent en dehors du Québec tandis que les 39 autres sont réparties dans 15 établissements de santé du Québec, dont 33 dans les domaines spécialisés de la cardiologie (16), de la néonatalogie (9) et de la néphrologie (8), tandis que 6 pratiquent en soins de première ligne. Quant aux étudiantes et aux candidates IPS, on en

⁸ Annexe 1 – Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées selon les domaines et les lieux de pratique.

dénombrer 99 dont 12 en cardiologie, 3 en néonatalogie, 7 en néphrologie et 77 en soins de première ligne.

Une première constatation s'impose. On note très peu de progression dans les trois premières spécialités IPS créées. De plus, le nombre actuel d'étudiantes et de candidates (22) suggère que les IPS continueront d'intégrer les domaines de la cardiologie, de la néonatalogie et de la néphrologie en très petits nombres dans les prochaines années. Sans compter que les 33 IPS en « spécialités » sont dispersées dans plusieurs établissements de santé au point où la plus grande concentration d'IPS dans un même établissement est de 5. Huit établissements ne peuvent compter que sur une seule IPS. Aussi prometteuse soit-elle, une fonction introduite aussi parcimonieusement ne peut engendrer les gains de rendement escomptés ni changer significativement la manière de donner les soins, attendue par tout un chacun. D'autant plus que ce changement repose sur un nouveau partage de responsabilités entre les médecins et les infirmières. Dans de telles conditions, comment garder l'attrait et comment faire la promotion d'une fonction qui ne se traduit pas par des postes?

Par comparaison, le nombre d'étudiantes et de candidates IPS en soins de première ligne (77) paraît, à première vue, enviable et prometteur. Or, il ne se passe pas une semaine sans que, tour à tour, les établissements intéressés à recourir aux IPS pour désengorger les services de première ligne et les infirmières qui s'inscrivent dans les programmes de formation d'IPS en soins de première ligne nous alertent à propos des contraintes et des obstacles dressés, les principaux étant le financement partiel non récurrent accordé aux établissements de santé et la gestion des bourses. Outre la démobilisation que risque d'engendrer un déploiement parsemé d'embûches, la cible de développement elle-même doit être à la hauteur des besoins à combler sinon le rôle de l'IPS restera tellement marginal que la valeur ajoutée tant attendue pour notre système de soins de première ligne ne se manifesterait pas. À cet égard, l'OIIQ demeure convaincu qu'une cible initiale correspondante à celle de l'Ontario, soit 500 IPS dans les cinq prochaines années, permettrait d'obtenir l'efficacité recherchée et de maintenir les programmes de formation.

2. Faits saillants des consultations

Qu'en ont dit la trentaine d'acteurs particulièrement concernés par l'introduction des IPS dans le système de santé du Québec et que l'OIIQ a consultés pour faire les constatations, recueillir leurs opinions sur la situation actuelle de l'implantation du rôle d'IPS et trouver des solutions aux difficultés éprouvées?

2.1 Un contexte d'implantation difficile, à améliorer

Une première remarque s'impose. Tous les acteurs consultés par l'OIIQ ont trouvé le contexte d'implantation particulièrement difficile et jugent la situation encore ardue. Ils sont d'avis que l'heure est venue de passer à une étape plus dynamique en apportant les ajustements requis. Ils ont donc défini les principaux axes du développement du rôle de l'IPS et se sont dit prêts à mettre l'épaule à la roue afin que les IPS deviennent, tel que prévu pour le système de santé du Québec, un véritable levier d'accès aux services de santé pour la population.

À cet égard, tout au long des rencontres de consultation, les participants ont rappelé la nécessité d'une vision d'ensemble, d'une volonté ministérielle, d'une solide coordination entre les partenaires et les décideurs, d'une cohérence des conditions d'implantation d'un tel rôle. Une des participantes a déclaré que les acteurs de l'implantation du rôle de l'IPS se sont sentis laissés à eux-mêmes et individuellement responsables de créer la synergie nécessaire à la pérennisation d'un changement d'importance, sans véritable modèle d'implantation. Il y a là un enjeu de taille pour lequel il faut prendre fait et cause. Nous en ferons une proposition d'action sur la nécessité d'un leadership ministériel.

2.2 Plus-value et masse critique vont de pair

Autre constatation fondamentale, les DSI, les médecins, les doyennes et les représentantes des universités et les IPS consultés ont été unanimes à reconnaître, malgré un cheminement chaotique et le nombre décevant d'IPS à ce jour, la valeur ajoutée de celles-ci pour répondre aux besoins d'accessibilité et de continuité des soins et pour renouveler la façon de donner les soins dans un contexte où l'on fait face à des situations de santé de plus en plus complexes et à des pathologies multiples et chroniques.

À ce sujet, les quatre groupes consultés ont tous réitéré la nécessité d'une masse critique d'IPS pour atteindre les résultats recherchés, exploiter le plein potentiel du rôle, le développer dans une direction commune, attirer des candidates, bref, assurer la pérennité de la fonction.

Les médecins se sont dits particulièrement déçus par l'introduction d'un si petit nombre d'IPS. Sans la masse critique nécessaire, il leur a été impossible de procéder à une réorganisation du travail fondée sur le nouveau partage de responsabilités avec les infirmières praticiennes spécialisées tel qu'il avait été prévu. En effet, le fonctionnement de leurs départements cliniques ne peut dépendre de la présence aléatoire et incertaine des IPS. Par exemple, il a été très difficile que celles-ci fassent de la garde. En raison du

peu d'IPS, il a aussi été très difficile de couvrir les congés, les vacances et toute absence.

Dans la même veine, les DSI et les IPS ont confirmé que la satisfaction des médecins envers les IPS est tributaire du nombre d'IPS dans les équipes de soins concernées. Il en va de même pour l'établissement d'une collaboration interprofessionnelle satisfaisante et fructueuse et de la pleine contribution du rôle de l'IPS à un meilleur accès aux soins. Plusieurs participants ont aussi parlé d'un rôle révolutionnaire qui implique un changement dans la culture hospitalière, presque insurmontable en l'absence d'un nombre optimal d'IPS au sein d'une équipe de soignants.

2.3 Le financement des postes et les conditions de travail des IPS

En plus de ces deux constatations de fond sur la gouvernance et la nécessité d'une masse critique, le financement des postes d'IPS est ressorti comme étant particulièrement problématique.

En effet, tous les participants à la consultation ont jugé le financement des postes dysfonctionnel et responsable de la grande majorité des difficultés. Plus particulièrement, les DSI ont dit qu'elles doivent défendre les postes d'IPS dont le financement est toujours incertain avec un acharnement hors du commun. En effet, elles ont relaté que les postes d'IPS ne sont jamais confirmés dans la structure de postes et, de ce fait, chaque poste d'IPS est obtenu à la pièce et de haute lutte. Par la suite, ce poste n'est jamais sécurisé parce que déficitaire et menacé d'abolition à plus ou moins brève échéance. De fait, le financement de ces postes n'est prévu nulle part; même les plus gros établissements n'ont réussi, à l'arraché, qu'à créer quatre ou cinq postes. De leur côté, les IPS se sont dites insécurisées par rapport aux possibilités d'embauche et à la pérennité de ce type de postes; il y a peu de postes, on en fait peu la promotion et ils sont précaires. Les doyennes et les représentantes des universités ont confirmé que les étudiantes ne savent pas s'il y aura des postes disponibles au terme de leurs études. Même les néonatalogistes, dont l'expérience d'intégration à titre d'IPS remonte à une douzaine d'années et qui jouissent du soutien indéfectible de leur établissement, ont signalé une grande frustration par rapport au soutien financier lié à l'introduction des IPS.

Sur la question du financement, **tous** ont évoqué la **nécessité** d'un nouvel investissement placé dans un budget protégé, ce qui implique une volonté ferme de la part du gouvernement et des établissements. Un consensus s'est établi sur le fait que le financement des postes ne pouvait être laissé à l'initiative locale, ce qui rend la pérennité du rôle d'IPS extrêmement fragile.

Par ailleurs, tous ont relevé des irritants aux conditions de travail des IPS dont les heures supplémentaires et la garde non rémunérées. En effet, le temps supplémentaire n'est pas rémunéré mais remboursé en reprise de temps. En ce qui concerne les heures de garde; essentiellement, il y en a seulement lorsque les médecins paient eux-mêmes les rémunérations des IPS.

2.4 Le soutien aux études et aux programmes de formation

Dans la foulée des préoccupations liées au financement des postes, les groupes consultés ont abordé le soutien financier aux infirmières qui décident d'étudier pour devenir IPS et celui accordé aux universités.

Bien que les montants des bourses provenant du programme d'intéressement du MSSS soient appréciables et que certains ajustements apportés au programme soient positifs, la gestion du programme s'est souvent révélée décourageante pour les infirmières qui se sont inscrites au programme de formation. Voici quelques-uns des problèmes rencontrés : changement des critères d'attribution des bourses en cours de route, montant de la bourse établi en fonction des crédits à réaliser pour l'obtention du diplôme, bourse rattachée à un employeur confirmé, remboursement des bourses pour des situations non planifiées, etc.

Par ailleurs, les doyennes et les représentantes des universités, tout en reconnaissant la percée intéressante que représente le programme de formation d'IPS du point de vue interfacultaire et interdisciplinaire, ont fait part des difficultés éprouvées relativement au financement des programmes de formation, au manque de milieux de stage et au manque de médecins pour encadrer les stagiaires IPS. De fait, elles ont élaboré un programme de très haut niveau comparable au doctorat et comportant des exigences du programme de médecine sans avoir bénéficié de modalités de soutien équivalentes aux facultés de médecine. Elles ont aussi évoqué les lourdeurs administratives et les irritants occasionnés par le processus d'agrément des milieux de stage et les exigences préalables au programme de formation en néphrologie.

2.5 Les règles de soins médicaux

Les participants ont aussi signalé que les règles de soins médicaux que le CMQ impose aux établissements de santé qui accueillent des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie, représentent un frein supplémentaire à l'embauche d'IPS et une expérience décourageante pour les IPS. Plus particulièrement, des IPS, des DSI et certains médecins jugent abusif le processus exigé par le CMQ. Ils ont considéré que l'orientation prise par le CMQ concernant les règles de soins entraîne un travail administratif colossal dans un contexte où les ressources sont comptées et

oblige l'IPS à y consacrer un temps de travail énorme plutôt que de le réserver aux soins directs aux patients.

2.6 La promotion du rôle d'IPS

Dans ce contexte d'embauche limité, précaire et peu compétitif, il va sans dire qu'il est difficile pour tous de se motiver pour mettre en oeuvre des stratégies de promotion. Pourtant, les quatre groupes consultés ont beaucoup insisté sur la nécessité de faire la promotion du rôle d'IPS, de le faire connaître auprès des établissements, des médecins spécialistes et de la population en général, d'en proposer une vision commune, d'en démontrer la plus-value, de faire comprendre qu'il s'agit là d'une norme dans la pratique de la médecine en Amérique du Nord, particulièrement pour les soins donnés dans la communauté, tels les cliniques de type GMF ou les futurs GMS.

Plusieurs idées sur la forme que pourrait prendre la promotion ont été proposées : vidéo, publicité dans les journaux internes des établissements de santé, sur les sites Web du ministère et des partenaires, dans les médias, guichet d'information sur la promotion du rôle de l'IPS et du programme d'intéressement rendu disponible dans les universités ou le plus près possible de l'étudiante, tournées des établissements et/ou des agences régionales de la santé et des services sociaux, recommandations des CIR aux conseils d'administration des agences, mobilisation des CII, représentations auprès des RUIS, des tables de concertation des DSI, etc. Bref, la promotion de la valeur ajoutée du rôle d'IPS et la nécessité même de faire connaître ce rôle constituent des enjeux pour les quatre groupes consultés. Malgré les difficultés éprouvées, on y tient!

3. Enjeux et propositions

De ces faits saillants des consultations menées auprès des acteurs clés, nous retenons des enjeux liés aux plans d'effectifs, au financement des postes d'IPS et des programmes de formation, aux conditions de rémunération des IPS, au cadre réglementaire, et à un leadership fort, propre à coordonner l'implantation d'une innovation et à la mettre en valeur.

Pour chacun de ces enjeux, il nous est apparu utile de proposer des actions bien précises, cohérentes avec les idées proposées ou inspirées des solutions avancées par les participants aux consultations. Ces actions respectent les impératifs cliniques et les facteurs jugés efficaces pour introduire des innovations dans les organisations de santé et assurer leur durabilité.

ENJEU 1 — ÉTABLIR DE VÉRITABLES PLANS D'EFFECTIFS

Comme on vient de le voir, les quatre groupes consultés demeurent convaincus que l'entrée en fonction des infirmières praticiennes au Québec peut faire une différence dans l'accès aux services de santé, aux traitements et aux suivis des clientèles pourvu qu'elles soient introduites à un niveau et à un rythme qui sauront répondre aux besoins de la population et des milieux cliniques. Cela nous renvoie de manière incontournable à une réévaluation des stratégies de promotion, car le rôle des IPS demeure méconnu. Or, l'efficacité d'une telle promotion auprès de ceux et celles qui ont le pouvoir d'en infléchir le développement dépend, d'abord et avant tout, des besoins du système de santé et des cibles que nous nous donnerons dans le cadre de véritables plans d'effectifs.

1.1 Les IPS au cœur des nouveaux modèles de soins en centres hospitaliers comme en première ligne

La prématurité chez les nouveau-nés constitue aujourd'hui un défi sur plusieurs plans. Principale cause de mortalité néonatale et infantile dans les pays industrialisés, le taux de prématurité au Canada est passé de 7,0 pour 100 naissances vivantes en 1995 à 8,2 en 2004. Relativement aux bébés nés à terme, les nourrissons prématurés entraînent des coûts plus élevés qui comprennent ceux de l'intervention précoce, du long séjour à l'hôpital et des services médicaux externes. De 1 à 2 % des bébés viennent au monde avant 32 semaines de gestation mais ils représentent presque 50 % de la morbidité neurologique à long terme et environ 60 % de la mortalité périnatale⁹. Ce sont ces bébés qui sont pris en charge dans les unités de soins intensifs en néonatalogie. On fait appel aux IPS pour intervenir auprès de ces nouveau-nés, pour soutenir et accompagner les parents pendant le séjour hospitalier et lors du retour à la maison.

Au Canada, les maladies chroniques causent 87 % des incapacités, comptent pour 67 % des coûts directs totaux des soins de santé et sont les principales causes de mortalité. Plus de 75 % de ces mortalités ont été causées par cinq de ces maladies dont les maladies cardiovasculaires et les maladies du rein¹⁰. D'ailleurs, le nombre de patients atteints d'insuffisance rénale avancée traités en hémodialyse et de ceux recevant une greffe rénale qui prolonge leur vie augmentent d'année en année. Les maladies cardiovasculaires, quant à elles, constituent la cause d'hospitalisation la plus importante en 2004-2005¹¹ et des études sur les IPS en cardiologie ont démontré

⁹ Agence de la santé publique du Canada (2008, p. 131-132).

¹⁰ *PRIISME info* (2005, mars).

¹¹ MSSS (2008c).

qu'elles améliorent, de façon substantielle, la qualité des soins des patients en diminuant les durées des séjours hospitaliers et les réadmissions, et ce, à moindre coût pour le système de santé¹².

Le Québec, comme tous les pays occidentaux, se mobilise pour faire face aux impacts considérables que causeront ces maladies, dans un contexte de vieillissement de la population. On cherche bien sûr à faire en sorte que ces maladies soient traitées par le médecin de famille et les soins de première ligne, mais certaines phases aiguës et graves ne peuvent qu'être traitées dans les hôpitaux.

En centre hospitalier comme dans la communauté, les IPS sont en mesure d'assurer, au sein d'équipes de soins, la continuité des soins et de mettre en branle les processus de soins organisés autour du traitement, de la réadaptation, de l'éducation au patient et d'établir les liens avec les équipes interdisciplinaires dans la communauté.

1.2 Évaluer les besoins pour les trois premières spécialités créées

À cet égard, les groupes consultés ont affirmé la nécessité d'évaluer les besoins d'IPS dans les trois premières spécialités au regard de la prévalence des maladies qui y sont associées, des développements technologiques, des nouvelles méthodes de soins axées sur l'éducation du patient et les continuums de soins.

Depuis les consultations auprès des acteurs clés, l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec a renchéri sur la question des besoins, dans une lettre adressée le 20 mars dernier au ministre de la Santé et des Services sociaux, le sensibilisant au fait que le nombre d'IPS introduites dans le système de santé « est nettement en deçà des besoins » et l'enjoignant de prendre les mesures nécessaires pour répondre « aux besoins actuels des milieux ». Le président de l'Association des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques du Québec a aussi fait part à l'OIIQ, après avoir fait un premier sondage auprès des chefs de service de chirurgie cardiaque adulte au Québec, du besoin d'augmenter le nombre d'IPS en cardiologie tertiaire. Dans une démarche semblable auprès de ses membres, le président de l'Association des néphrologues du Québec a écrit à la présidente de l'OIIQ pour souligner de nouveau la contribution essentielle des IPS aux soins des patients atteints d'insuffisance rénale chronique. « Nous avons toujours été convaincus du travail important que ces infirmières peuvent accomplir dans nos unités de soins et le maintien des programmes de formation est pour nous primordial », écrit-il. Plus particulièrement, il reconnaît les contributions particulières des IPS auprès de trois clientèles cibles, soit les personnes

¹² Litaker *et al.* (2003); Thompson et Dykeman (2007).

traitées en hémodialyse, celles qui ont reçu une transplantation rénale et celles présentant une insuffisance rénale avancée.

1.3 Une cible initiale de 500 IPS pour les soins de première ligne

En ce qui concerne les soins de première ligne, l'OIIQ avait établi dans son mémoire sur la planification des effectifs infirmiers (2007) une cible précise et structurante de 500 IPS en soins de première ligne pour 7,7 millions de Québécois en se basant sur le ratio de l'Ontario de 6,5 IPS/100 000 de population, soit 800 IPS en soins de première ligne pour une population de 12,5 millions. De plus, l'OIIQ rappelait que l'introduction des infirmières praticiennes en soins de première ligne visait plus particulièrement à mieux répondre aux besoins des 1,5 million de Québécois qui n'ont pas de médecins de famille. Chez les quatre groupes consultés comme chez plusieurs autres partenaires, cette cible initiale a fait consensus.

Nous pensons aussi que les priorités 4 et 5 selon l'échelle de triage et de gravité (ETG) de l'urgence qui constituent actuellement au Québec 60 %¹³ des cas des salles d'urgence devraient être traitées dans la communauté afin de désengorger celles-ci et de leur redonner leur vocation première. Les IPS en soins de première ligne pourraient contribuer significativement à évaluer l'état de santé de ces patients de tous âges, déterminer et gérer les problèmes de santé courants tels que l'infection des voies respiratoires supérieures et inférieures, les infections urinaires, les traumatismes mineurs, etc.

Des chercheurs en médecine ayant réalisé une synthèse de 36 études internationales où l'on analysait l'incidence de la présence d'infirmières praticiennes dans le service d'urgence concluaient que celles-ci peuvent réduire les temps d'attente et fournir des soins de grande qualité et un niveau élevé de satisfaction aux patients (Carter et Chochinov, 2007)¹⁴.

L'apport considérable des IPS pour améliorer l'accès aux soins de première ligne n'est plus à démontrer. Tous les exemples le confirment. Prenons celui des IPS qui travaillent au CSSS du Nord de Lanaudière depuis deux ans et qui, six mois après leur arrivée, ont réalisé près de 600 suivis d'enfants ayant entre 0 et 5 ans, clientèle qui était en difficulté dans cette région par manque de médecins de famille. Depuis, leurs services se sont étendus aux adultes. Autre exemple, des études canadiennes portant sur la pratique des IPS en soins de première ligne soulignent que leur implication dans une clinique

¹³ MSSS, Direction générale des affaires médicales et universitaires, données estimées à partir d'un sondage effectué auprès d'établissements en 2003-2004.

¹⁴ Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009, p. 6).

médicale ontarienne a permis d'augmenter l'accès à des soins pour près de 1 000 nouvelles familles¹⁵.

De toute évidence, des infirmières praticiennes déployées en bon nombre dans les CSSS, en GMF et dans les cliniques médicales feraient toute une différence dans l'accès aux soins de première ligne qui fait cruellement défaut à des centaines de milliers de Québécois. De plus, l'introduction des IPS dans les soins de première ligne est une pièce maîtresse pour consolider les partenariats médecins-infirmières sur lesquels on comptait lorsqu'on a créé cette spécialité dans la « Loi 90 » pour pallier la pénurie d'effectifs chez les médecins et les infirmières.

Le secteur des soins de santé primaires de la régie de la santé du district de la capitale (Capital District Health Authority) à Halifax a lancé un programme novateur appuyant la collaboration au sein d'équipes d'infirmières et de médecins rémunérés à l'acte. La phase un d'une évaluation détaillée a montré qu'après 18 mois seulement, 50 % des cabinets de consultation en « pratique fermée » acceptent de nouveaux patients (ce qui était impossible avant l'intégration d'une infirmière en médecine familiale) et 90 % des médecins interrogés ont indiqué que le niveau des soins qu'ils peuvent fournir aux patients s'est amélioré (P. Smith, communication personnelle, 2009)¹⁶.

1.4 D'autres développements à envisager

Par ailleurs, des intervenants ont incité l'OIIQ à développer le rôle d'IPS dans d'autres spécialités telle l'oncologie. Une réelle planification des effectifs basée sur les besoins de la population devrait tenir compte de ces demandes et donner lieu à un examen de la pertinence d'éventuels développements. Il ne pourrait toutefois être question de créer d'autres spécialités « hospitalières » avant d'avoir consolidé les trois premières spécialités.

En revanche, alors qu'on parle encore au Québec de l'occupation de lits d'hôpitaux par des personnes âgées comme une des principales causes de l'engorgement des urgences et des centres hospitaliers, il serait éminemment opportun d'introduire des IPS en soins de première ligne, dans tous les milieux de soins de longue durée y compris dans les ressources non institutionnelles. À cet effet, l'expérience ontarienne s'avère des plus probantes puisque des études sur la pratique clinique des IPS dans les établissements de longue durée dans cette province ont démontré :

¹⁵ Haggerty *et al.* (2004).

¹⁶ AIIC (2009, p. 8).

[...] que lorsque le contact était établi par une infirmière praticienne, l'hospitalisation de la personne prise en charge était évitée dans 39 à 43 % des cas (McAiney et coll., 2008). On a constaté que le rôle de l'infirmière praticienne dans les établissements de soins de longue durée de l'Ontario « améliorait la qualité des soins aux personnes prises en charge et les compétences du personnel » et facilitait « l'utilisation plus efficiente des ressources médicales » (DiCenso et coll., 2007)¹⁷.

Lors de la création de la spécialité en soins de première ligne, la FMOQ avait des réticences à élargir la pratique des soins de première ligne aux centres d'hébergement et de soins de longue durée. Toutefois, compte tenu des besoins d'aujourd'hui, de l'utilisation inappropriée des lits d'hôpitaux pour des séjours de longue durée, du manque de médecins dans les milieux de soins de longue durée et des résultats de l'expérience ontarienne, il serait pertinent de modifier la réglementation afférente dans de courts délais.

1.5 Un processus de planification à implanter

Plusieurs bonnes raisons militent donc en faveur d'accélérer le déploiement des IPS en relation avec les besoins de la population et des milieux cliniques.

Or, il n'y a jamais eu de réels plans d'effectifs qui auraient permis de se donner des cibles à atteindre sur un horizon de temps, d'établir les mesures à mettre en place pour les atteindre et de convenir avec les partenaires de leur contribution respective à l'atteinte de celles-ci. Dans la dernière année, le ministère s'est donné une méthodologie d'évaluation des besoins pour cibler 115 postes d'IPS en soins de première ligne et s'informer des besoins de chacune des agences régionales de la santé et des services sociaux. C'est un pas dans la bonne direction, mais ce n'est pas suffisant.

À cet égard, il y a lieu de s'inspirer du processus d'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). En effet, le MSSS élabore ces plans, chaque année, en concertation avec les principaux intervenants en utilisant une méthodologie d'évaluation des besoins d'effectifs par région qui fait consensus auprès d'eux. De plus, les divers scénarios élaborés tout au long du processus sont soumis à la discussion des collaborateurs afin de trouver la meilleure convergence.

Cette façon d'organiser et de procéder au déploiement des IPS permettrait de bien répertorier les besoins de soins et services de chaque région et/ou des établissements de santé, compte tenu du rôle des médecins dans les secteurs visés. Et aussi de mobiliser les acteurs autour d'une vision claire et partagée du déploiement des effectifs d'IPS. De plus, une telle planification permettrait un suivi de la situation, une rétroaction

¹⁷ AIIC (2009, p. 6).

des partenaires et des ajustements de cibles ou de stratégies de déploiement, en fonction des besoins de la population et des services cliniques du réseau de la santé. Enfin, de tels plans permettraient d'établir, en amont, des cibles de formation, de faire la promotion des programmes de formation et d'attirer des candidates. Rappelons que les 20 000 infirmières bachelières exerçant au Québec constituent des candidates éventuellement admissibles au programme de maîtrise pour devenir IPS.

D'ailleurs, des partenaires du développement des IPS ont interpellé directement le gouvernement pour que celui-ci indique clairement ses intentions sur le développement des IPS et les consigne dans ses planifications stratégiques et budgétaires. D'abord, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières pour la région du Québec a expressément demandé au MSSS d'inclure l'élément suivant dans sa planification stratégique 2010-2015 : « la contribution des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne comme modalité pour assurer à tous, l'accès à des soins de médecine de famille ». Puis, l'AQESSS, dans son énoncé de position sur le budget gouvernemental 2009-2010, a demandé de prévoir nommément des « mesures destinées à permettre un meilleur accès à un médecin de famille ou à déployer des infirmières praticiennes dans les cliniques médicales ».

Bref, le terrain est fertile pour enclencher un réel exercice de planification maintenant que l'étape de sensibilisation au rôle de l'IPS dans les équipes de soins est chose faite, que des modèles de fonctionnement sont en place et qu'on commence à avoir une meilleure idée de la façon de profiter du plein potentiel de ce nouveau rôle au regard de l'accessibilité et de la continuité des services.

Plus particulièrement, jusqu'à maintenant, les instances médicales concernées ont été tenues à l'écart de toute planification d'effectifs d'IPS. Il y a lieu de corriger cette situation notamment en s'assurant de la participation des deux fédérations de médecins et des DRMG.

PROPOSITION

En conséquence, afin de répondre aux besoins de la population et du réseau de la santé, le MSSS doit bâtir, en concertation avec les partenaires concernés, de véritables plans d'effectifs pour les spécialités actuelles et futures :

- ➊ Déployer un leadership ministériel fort pour faire du rôle d'IPS une modalité d'organisation de soins, assurer la planification requise et coordonner l'application des mesures qui en découleront.

- ② Développer et adopter une approche de planification des effectifs d'IPS permettant de déterminer les besoins, de les réévaluer régulièrement, d'établir les impératifs cliniques, de définir les cibles à atteindre et d'adopter un échéancier de réalisation, en collaboration avec les principaux intervenants dans les spécialités concernées, notamment avec les fédérations de médecins, les DRMG et les DAMU.
- ③ Prendre appui sur la cible minimale de 500 IPS pour établir le plan d'effectifs d'IPS en soins de première ligne, impliquer notamment la FMOQ et élargir ce secteur aux soins de longue durée, sous réserve, pour la pratique en CHSLD, du changement réglementaire requis.
- ④ Diffuser ces plans d'effectifs d'IPS afin, entre autres, de faire connaître ce nouveau rôle et sa plus-value et d'en faire la promotion auprès de la population, des établissements de santé et des candidates aux programmes de formation d'IPS.
- ⑤ Présenter explicitement, dans les documents stratégiques du MSSS sur l'accès aux soins et services, le déploiement du rôle de l'IPS comme une mesure d'amélioration du système de santé du Québec.

ENJEU 2 — FINANCER AUTREMENT LES POSTES D'IPS

Tous conviennent que le mode de financement actuel des postes d'IPS constitue le plus gros frein, voire l'obstacle numéro un à l'émergence et à la pérennité du rôle d'IPS.

En effet, le financement des postes d'IPS fait actuellement partie du *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'IPS* du MSSS qui combine des bourses d'études et des subventions aux postes pour les établissements. Selon ce mode de financement, les établissements sont **subventionnés** pendant une période temporaire de deux ans seulement et de façon partielle à raison de 40 000 \$ par poste la première année et de 20 000 \$ la deuxième année. Rien à voir avec la façon habituelle de financer les postes prévus dans la structure de postes du réseau de la santé. Postes conventionnés, qui plus est!

Il est très clair que la politique de bourses et/ou de subventions appliquée pour les postes d'IPS n'est pas adaptée et qu'elle est même inéquitable au regard du financement des postes des autres professionnels de la santé. À notre connaissance, une telle modalité d'allocation de ressources humaines est totalement irrégulière dans le

financement du personnel du réseau de la santé. De plus, selon plusieurs sources fiables, ce mode de financement engendre des pratiques de gestion pour le moins inusitées et inappropriées. À condition qu'il y ait embauche, car de nombreux gestionnaires n'ouvrent tout simplement pas les postes d'IPS compte tenu de la campagne de persuasion qu'il faut entreprendre dans l'établissement tant pour l'ouverture de chaque poste que pour en assurer la durabilité.

Il est irréaliste de croire que, dans un contexte de compressions budgétaires et de pénurie, ces nouvelles infirmières seront choisies parmi une liste de priorités qui contient des mesures connues qui ont déjà été expérimentées.

On peut en conclure que, dans le contexte d'introduction d'une innovation à laquelle il faut donner une impulsion puis l'inscrire dans les processus réguliers de l'organisation et de la production des soins et services pour en assurer la pérennité, la modalité de financement des postes d'IPS devient carrément inefficace parce qu'elle est insuffisante et temporaire. Pour introduire un tel changement, il faut un message clair et un incitatif à aller de l'avant, par exemple une enveloppe budgétaire consacrée uniquement aux postes d'IPS qui comprendrait la rémunération des heures de garde, des heures supplémentaires requises et, le cas échéant, la rémunération de la supervision des candidates IPS qui exercent en attendant d'obtenir leur certification. Actuellement, par réglementation, cette supervision s'effectue par le médecin en collaboration avec une infirmière.

À cet égard, rappelons que l'AQESSS a inclus dans ses demandes budgétaires 2009-2010 pour les établissements du réseau l'adoption de mesures permettant le déploiement des infirmières praticiennes dans les cliniques médicales au même titre que l'accès à un médecin de famille.

PROPOSITION

En conséquence, il est requis de financer autrement les postes d'IPS :

- ❶ Détacher du *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'IPS* le financement des postes d'IPS.
- ❷ Établir un mécanisme permanent de financement des postes d'IPS et des candidates IPS au moyen d'un budget supplémentaire, récurrent et protégé pour les soins infirmiers correspondant aux plans d'effectifs adoptés.

ENJEU 3 — DE TOUTE URGENCE, ASSURER LA PÉRENNITÉ DES PROGRAMMES DE FORMATION

3.1 Des cibles de déploiement des IPS à terme : des attentes claires pour les universités

L'absence de plans d'effectifs et un financement ne favorisant pas l'embauche d'IPS ne peuvent qu'avoir des conséquences directes sur les inscriptions dans les programmes de formation des universités. C'est un véritable cri d'alarme que les universités ont lancé lors de la rencontre de consultation avec l'OIIQ, évoquant l'obligation de fermer les programmes de cardiologie, de néphrologie et de néonatalogie dès 2010, si le niveau d'inscription reste aussi bas.

À partir de 2003, les universités se sont mises à l'œuvre pour bâtir et ouvrir les programmes de formation menant à la certification d'infirmière praticienne spécialisée. Il s'est agi d'une mobilisation hors du commun, impliquant, entre autres, des partenariats interfacultaires et interdisciplinaires inusités et des doses exceptionnelles de créativité et de rigueur. Les universités ont évidemment estimé leur capacité financière d'offrir ces programmes en fonction de perspectives de déploiement d'une masse critique d'IPS. Encore en 2007, elles ont emboîté le pas pour créer le programme de formation des IPS en soins de première ligne en se basant sur une cible de développement de 500 IPS. Non seulement, les cibles actuelles – y compris celle de 115 IPS de première ligne – sont-elles insuffisantes pour créer l'effet systémique recherché sur l'accessibilité des soins, mais elles sont aussi nettement insuffisantes pour garder des programmes de formation ouverts ou du moins accessibles au niveau requis, clament aujourd'hui les décideurs des facultés, des écoles ou des départements de sciences infirmières des universités concernées. En clair : le manque d'étudiantes rend impossible le maintien des programmes. Le financement des programmes étant basé sur le nombre d'étudiantes, qui peut supporter les places inoccupées?

3.2 Le financement des stages cliniques des étudiantes IPS

Outre leurs revendications auprès du MSSS pour obtenir des cibles de déploiement d'IPS à la hauteur des besoins, les universités sont particulièrement préoccupées par la rémunération des médecins pour des activités de supervision durant les stages cliniques des étudiantes IPS. Actuellement, l'accès aux stages cliniques pour les étudiantes dans les programmes de formation d'IPS est bloqué parce que les médecins sont davantage rémunérés lorsqu'ils supervisent des médecins résidents que lorsqu'il s'agit de stagiaires IPS. Pour faire face aux coûts de la supervision par les médecins, les facultés de sciences infirmières demandent donc les mêmes barèmes de financement que les

facultés de médecine, lesquels sont régis par une entente RAMQ – MSSS – FMSQ ou FMOQ.

Il y a aussi lieu de statuer sur la rémunération des IPS qui superviseront les stages des étudiantes IPS dans les milieux cliniques, car cette réalité s'accroîtra au fur et à mesure de l'entrée d'IPS dans les milieux cliniques. À cet effet, il s'agit de s'assurer qu'il existe un dispositif de rémunération adéquat dans la convention collective du personnel infirmier.

De plus, dernièrement, des universités ont été facturées par les hôpitaux pour les stages d'étudiantes IPS. Dans certains cas, la facture peut s'élever à un demi-million de dollars.

3.3 Les bourses d'études

Un autre aspect du soutien aux universités qui offrent les programmes de formation IPS réside dans l'attribution d'une bourse pouvant atteindre 60 000 \$ à l'infirmière clinicienne qui s'inscrit à un programme universitaire accrédité de formation IPS.

Il s'agit là de l'autre volet du *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'IPS* et nous ne pouvons, en premier lieu, que féliciter le gouvernement du Québec pour cet incitatif à ce que des infirmières quittent un poste à temps plein rémunéré pour retourner aux études pendant deux à trois ans.

Il ne fait aucun doute qu'il s'agit là d'une mesure qui fait toute la différence pour attirer les aspirantes à la fonction d'IPS et que l'absence de compensation financière compromettrait grandement la décision de retourner aux études à temps plein. Surtout que plusieurs infirmières qui effectuent ce retour ont des familles qui dépendent en partie d'elles. Cet incitatif représente donc un levier indispensable, plus particulièrement lorsqu'on introduit un nouveau rôle.

PROPOSITION

Que le MSSS prenne les moyens nécessaires pour soutenir les programmes de formation menant à la certification d'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie, en cardiologie, en néonatalogie et en soins de première ligne, élaborés par les universités :

- ❶ Impliquer les universités dans l'établissement des plans d'effectifs d'IPS.
- ❷ Inclure dans les ententes RAMQ – MSSS – FMSQ ou FMOQ une rémunération pour les médecins qui supervisent les stages des étudiantes IPS.

- ③ Prévoir la rémunération des IPS qui supervisent les stages des étudiantes IPS dans les milieux cliniques.
 - ④ Prévoir le financement du coût des stages cliniques des étudiantes IPS.
 - ⑤ Reconduire les bourses d'études et les maintenir ou introduire un mécanisme salarial permanent, équivalent aux résidents en médecine.
-

ENJEU 4 — REVOIR CERTAINES CONDITIONS DE TRAVAIL DES IPS

Il faut se rappeler que lorsque l'échelle salariale des IPS a été adoptée dans le cadre de la dernière négociation entre les syndicats et le gouvernement, il avait été évoqué que s'ajouteraient à ce revenu conventionné d'autres revenus dont ceux reliés au temps supplémentaire et aux heures de garde. Or, la réalité est tout autre et les infirmières praticiennes spécialisées ne reçoivent que le salaire prévu à la convention, soit entre 48 000 \$ et 85 000 \$.

Dans à peu près tous les cas, le temps supplémentaire est en principe payé en reprise de temps, lequel ne peut pas être complètement repris compte tenu du petit nombre d'IPS en fonction et des conséquences que cela pourrait avoir sur le suivi des patients. En ce qui concerne les heures de garde, la rémunération est si problématique qu'il ne s'en fait pas ou peu sauf là où leur coût est payé directement par les médecins (ex : l'Hôpital de Montréal pour enfants).

Par ailleurs, suffisamment de critiques nous venant de sources diverses nous ont amenées à faire un sondage sur la rémunération des IPS de façon à vérifier si celle-ci constituait un incitatif efficace pour encourager les infirmières à emprunter cette voie. Il s'avère que de nombreuses IPS recevraient un salaire inférieur ou équivalent à celui qu'elles recevaient dans leurs postes antérieurs comme cliniciennes avec primes de soins intensifs par exemple, ou comme assistante infirmière-chef. Ou encore, elles pourraient recevoir un salaire équivalent ou supérieur dans des postes accessibles avec une maîtrise de 45 crédits. Or, les IPS considèrent que la fonction est plus exigeante, qu'elle comporte des actes à plus grand risque de préjudice et que la prise en charge des patients exige une disponibilité supérieure, au-delà des heures normales et sur plusieurs quarts de travail. Ce constat est à l'origine de remises en question tant chez celles qui exercent que chez celles qui ont un intérêt certain pour cette voie professionnelle.

PROPOSITION

Il y a lieu d'assurer des conditions de travail attrayantes pour l'IPS : échelle de salaire appropriée, rémunération du temps supplémentaire et des heures de garde et remboursement de tous les autres frais afférents:

- ❶ S'assurer que l'IPS soit rémunérée selon une échelle de salaire appropriée. Par exemple, qu'elle reçoive un salaire supérieur à celui qu'elle recevrait comme infirmière clinicienne ou celui qu'elle pourrait recevoir si elle avait une maîtrise comportant un nombre de crédits moindre.
 - ❷ Rémunérer le temps supplémentaire effectué et les gardes.
 - ❸ Rembourser tous les autres frais afférents dont les frais divers et le temps de déplacement des IPS.
-

ENJEU 5 — LEVER QUELQUES IRRITANTS RÉGLEMENTAIRES

Après quelques années d'application des règlements liés à la pratique de l'IPS, il était prévisible et presque inévitable que des ajustements à ces règlements soient requis puisqu'ils ont été élaborés avant même que les IPS arrivent sur le marché du travail. Ainsi, un certain nombre de difficultés d'application ont été portées à l'attention de l'OIIQ. Par exemple, les doyennes des universités Laval, McGill et de Montréal ont demandé, dans une lettre adressée à la présidente de l'OIIQ, de modifier le processus d'agrément des milieux de stage des IPS afin de reconnaître d'office tous les milieux de stage agréés pour la formation médicale dans les spécialités concernées. D'autres changements réglementaires concernent les exigences préalables au programme de formation d'IPS en néphrologie, les exigences d'intégration des candidates ayant obtenu une équivalence de formation, la possibilité d'entreprendre des études d'IPS sans expérience préalable dans le domaine de spécialité, l'utilisation de techniques invasives dans le cadre de la spécialité en néphrologie, l'autorisation d'exercer des activités médicales pour les candidates à l'obtention d'une équivalence, le processus décisionnel prévu pour le sous-comité d'examen des programmes du Comité de la formation des IPS.

De plus, tel qu'il a été évoqué dans le présent mémoire, une modification réglementaire permettant à l'IPS en soins de première ligne d'exercer en CHSLD s'avère pertinente à proposer dans le contexte actuel des besoins des personnes âgées hébergées et des équipes de soins de longue durée. Une révision des activités médicales pour l'IPS en soins de première ligne est aussi requise.

Par ailleurs, il faut se rappeler que la réglementation applicable à l'infirmière praticienne spécialisée est constituée de règlements complémentaires relevant de l'OIIQ et du CMQ. Aussi, nous demandons la collaboration du CMQ pour apporter les modifications réglementaires proposées à l'annexe 5 qui visent à remédier aux difficultés d'application éprouvées depuis l'entrée en vigueur des règlements.

PROPOSITION

Afin de lever les irritants portés à son attention, l'OIIQ proposera, dans les meilleurs délais, des modifications réglementaires concernant :

- ❶ Les milieux de stage (règlement de l'OIIQ).
 - ❷ Le programme d'intégration requis pour les candidates ayant obtenu une équivalence de diplôme ou de formation (règlement de l'OIIQ).
 - ❸ Le préalable au programme de formation d'IPS en néphrologie (règlement de l'OIIQ).
 - ❹ La possibilité d'entreprendre des études d'IPS sans expérience préalable dans le domaine de spécialité (règlement de l'OIIQ).
 - ❺ L'utilisation de techniques invasives dans le cadre de la spécialité en néphrologie (règlement du CMQ).
 - ❻ L'autorisation d'exercer des activités médicales pour les candidates à l'obtention d'une équivalence (règlement du CMQ).
 - ❼ La révision des activités médicales de l'IPS en soins de première ligne et l'habilitation à exercer en CHSLD (règlement du CMQ).
 - ❽ Le processus décisionnel prévu pour le sous-comité d'examen des programmes du Comité de la formation des IPS (règlement sur les comités de la formation de l'OIIQ).
-

ENJEU 6 — ADAPTER LES MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

L'introduction du rôle de l'IPS dans le système de santé du Québec demande d'implanter de nouveaux modèles de collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières.

Or, plusieurs acteurs impliqués dans l'introduction des IPS, notamment en première ligne, nous ont fait part qu'ils sont fortement incités à prendre des dispositions financières qui n'étaient pas prévues jusqu'alors dans les modes de rémunération des médecins et qui sont un réel frein au nouveau partage de responsabilités et à la formation de nouvelles équipes interdisciplinaires.

Il y a donc lieu de tenir compte du fait que les modes de rémunération des médecins et le financement de certains de leurs frais afférents peuvent constituer des freins importants à la collaboration interprofessionnelle et que des adaptations peuvent être requises.

PROPOSITION

En conséquence, que le ministère, en collaboration avec les deux fédérations de médecins, veillent à :

- ➊ Apporter les adaptations requises à la rémunération des médecins pour favoriser la collaboration interprofessionnelle souhaitée entre les IPS et les médecins.

ENJEU 7 — PROCÉDER AUX CONCORDANCES ADMINISTRATIVES NÉCESSAIRES

Des concordances administratives permettant de rembourser les activités médicales permises à l'IPS par règlement, telle la prescription des médicaments et des examens diagnostiques, dans les systèmes de certaines instances paragouvernementales telles la SAAQ et la CSST doivent être rendues opérationnelles. De tels ajustements d'opérationnalisation sont aussi à mettre au point avec la RAMQ, notamment au chapitre de la facturation et des couvertures d'assurance des médicaments prescrits par les IPS.

PROPOSITION

- ❶ Assurer la cohérence des processus administratifs, notamment avec la RAMQ, la SAAQ et la CSST pour rembourser les activités médicales permises à l'IPS.
 - ❷ Demander au MSSS de jouer son rôle de coordonnateur des systèmes gouvernementaux, lorsque cela est requis.
-

Conclusion

L'OIIQ a mis de l'avant une vingtaine de propositions concrètes pour développer une masse critique d'IPS dans le système de santé du Québec, accélérer leur déploiement et assurer leur pérennité. Ces propositions demandent un leadership ministériel et des engagements fermes en termes d'orientations et de financement.

Tous les participants aux consultations de l'OIIQ ont dit attendre du ministre et du MSSS le soutien nécessaire pour instaurer les conditions favorables à l'application concrète de cette innovation d'importance.

Depuis la consultation de l'OIIQ, une mobilisation de plusieurs groupes concernés et aussi de la population, par l'entremise des médias, s'est créée autour des infirmières praticiennes spécialisées afin de réclamer que les actions nécessaires soient réalisées pour qu'on puisse enfin compter sur l'apport indispensable des IPS aux soins et services de santé.

Dans le cadre de cette mobilisation, les acteurs clés ont tous offert leur collaboration. Le moment est propice pour réunir l'ensemble des partenaires autour d'un plan de mise en œuvre des mesures proposées et ainsi permettre aux infirmières praticiennes spécialisées de jouer leur rôle de levier d'accès au système de santé québécois.

Références

Agence de la santé publique du Canada (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition 2008*, Ottawa, ASPC.

Allard, M., et Durand, S. (2006). « L'infirmière praticienne spécialisée : un nouveau rôle de pratique infirmière avancée au Québec », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 5, p. 10-16.

Association canadienne des écoles de sciences infirmières – Région de Québec (2009, 14 mars). *Plan stratégique 2010-2015*, courriel de D. Morin, présidente, adressée à D. Lalumière, sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002). *Le rôle de l'infirmière praticienne dans le monde : fiche d'information*, Ottawa, AIIIC.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008). *La pratique infirmière avancée : énoncé de position*, Ottawa, AIIIC.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). *Les infirmières et infirmiers aux premières lignes des temps d'attente*, Ottawa, AIIIC.

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (2009, 20 mars). *Inquiétudes en lien avec le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées au Québec*, lettre de D. Boucher, présidente, adressée à Y. Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux.

Association des néphrologues du Québec (2009, 16 mars). *Candidatures au programme de formation des IPS*, lettre de R. Charbonneau, président, adressée à G. Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2009, 11 février). Lettre relative aux règles de soins médicaux visant les infirmières praticiennes spécialisées de L. Denis, directrice générale, adressée à Y. Lamontagne, président-directeur général du Collège des médecins du Québec, et à G. Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2009, 9 mars). *La nécessité de maintenir un financement adéquat du réseau de la santé et des services sociaux*, lettre de A.G. Potter, président, et L. Denis, directrice générale, adressée aux partenaires de l'AQESSS.

Bryant-Lukosius, D., et DiCenso, A. (2004). « A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 48, n° 5, p. 530-540.

Références

Collège des médecins du Québec (2008, 23 janvier). *Infirmière praticienne spécialisée – Règles de soins médicaux*, lettre de Y. Lamontagne, président-directeur général, adressée à G. Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (2008). *Un rapport du [sic] ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur l'examen de la portée de l'exercice de la profession d'infirmière autorisée dans les catégories avancées (infirmières et infirmiers praticiens)*, Toronto, CCRPS.

Convention entre le syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et le Conseil de gestion : Partie III [3 mars 2009 - 31 décembre 2010], p. 61, [www.nbnu-siinb.nb.ca/french/documents/partiica-fre_000.pdf].

D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C.A., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C., et Cyr, G. (2007). *Évaluation de l'implantation du programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne spécialisée*, rapport de recherche présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, Centre Ferasi.

Durand, S., et Laflamme, F. (2008). « L'infirmière praticienne spécialisée : une nouvelle professionnelle dans le réseau de santé québécois », *Gestion Santé*, vol. 10, n° 2, p. 17-19.

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2008). *Équité salariale : nouvelles échelles salariales*, éd. rev., Montréal, FIQ.

Haggerty, J., Pineault, R., Beaulieu, M.D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J., et al. (2004). *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Gouvernement de l'Ontario (2009, 20 février). *Le gouvernement McGuinty va créer 25 cliniques qui seront dirigées par des infirmières et infirmiers praticiens*, communiqué de presse.

Initiative canadienne sur les infirmières et les infirmiers praticiens (2005). *Volet de la pratique : recherche documentaire : facteurs favorables et défavorables à la pratique*, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Larouche, C. (2009). « Arrivée imminente des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne au Québec », *Le Médecin du Québec*, vol. 44, n° 2, p. 61-63.

Levesque, J.F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., et Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitant*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique; Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Litaker, D., Mion, L., Planavsky, L., Kippes, C., Mehta, N., et Frolkis, J. (2003). « Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 17, n° 3, p. 223-237.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8.

Méthot, D. (2009). « Les premiers IPS sont en poste dans Lanaudière », *L'Actualité médicale*, vol. 30, n° 3, p. 7.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (s.d.). *Processus d'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM)*, [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (s.d.). *Processus d'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux spécialisés (PREM)*, [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008a). « Les classes salariales des cadres et des hors-cadres », dans *Répertoire des modalités de classification des fonctions d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction du personnel d'encadrement, p. 44.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008b). *Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée et de l'infirmier praticien spécialisé en cardiologie, en néonatalogie, en néphrologie et en soins de première ligne : modalités d'application*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction de la planification et des soins infirmiers.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008c). *Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013*, document de travail, Québec, MSSS.

Ministry of Health and Long-Term Care (s.d.). *Nurse-Led Clinics: Questions and Answers*, [www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/np_clinicsf.html].

Ministry of Health and Long-Term Care (2008). « Appendix A – Salary benchmarks for interdisciplinary health care providers », dans *Family Health Teams: Guide to Interdisciplinary Provider Compensation*, p. 6, [www.health.gov.on.ca/transformation/fht/fht_guides.html].

Références

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!*, Westmount, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008). « Rapport des activités du Comité de la formation de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) », dans *Rapport annuel 2007-2008*, Westmount, OIIQ, p. 43-44.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008, 1^{er} mai). *Infirmières praticiennes spécialisées (IPS) – Règles de soins médicaux*, lettre de G. Desrosiers, présidente, adressée à Y. Lamontagne, président-directeur général du Collège des médecins du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008, 27 novembre). *Prescriptions faites par une infirmière praticienne spécialisée*, lettre de G. Desrosiers, présidente, adressée à M. Giroux, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009, 27 février). *Guide d'exercice Les règles de soins médicaux, un outil de partage publié par le Collège des médecins*, lettre de G. Desrosiers, présidente, adressée à Y. Lamontagne, président-directeur général du Collège des médecins du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2006a). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie*, Westmount, OIIQ; Montréal, CMQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2006b). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie*, Westmount, OIIQ; Montréal, CMQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2006c). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie*, Westmount, OIIQ; Montréal, CMQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2006d). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée*, Westmount, OIIQ; Montréal, CMQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2008). *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne*, Westmount, OIIQ; Montréal, CMQ.

Phillips, S.J. (2009). « Legislative update 2009: Despite legal issues, APNs are still standing strong », *Nurse Practitioner*, vol. 34, n° 1, p. 19-41.

PRIISME info (2005, mars). « Les maladies chroniques et la modernisation du système de santé québécois : Problématique, prévention, gestion », éd. spéciale.

Régie de l'assurance maladie du Québec (2008, 15 décembre). *Prescriptions faites par une infirmière praticienne spécialisée*, lettre de M. Giroux, président-directeur général, adressée à G. Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Registered Nurses Association of Ontario (2009, 20 février). *Three New NP-led Clinics Will Improve Access to Primary Care*, communiqué de presse.

Règlement modifiant le Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, D. 998-2005, (2005) 137 G.O. II, 6378.

Règlement modifiant le Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels, D. 999-2005, (2005) 137 G.O. II, 6379.

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, R.Q., c. M-9, r. 1.3.

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, R.Q., c. I-8, r. 3.1.

Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, R.Q., c. I-8, r. 5.2.

Sauvé, C., Lefebvre, H., Charland, S., et Lampron, A. (2008). « L'infirmière praticienne à l'urgence », *Première ligne*, vol. 22, n° 4, p. 24-34.

Sturgeon, D. (2008). « Advanced nursing practice and Newton's three laws of motion », *British Journal of Nursing*, vol. 17, n° 11, p. 706-710.

Table de concertation en sciences infirmières de la CREPUQ (2009, 7 avril). *Formation d'infirmières praticiennes spécialisées*, lettre de B. Garnier, président de la Table de concertation, et Luc Mathieu, président du Forum des doyennes et des directrices des facultés, écoles et départements des sciences infirmières, adressée à M. Courchesne, ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, et Y. Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux.

Thompson, T.L., et Dykeman, M. (2007). « Nurse practitioners in Canadian heart failure clinics: Evidence to support their presence on healthcare teams », *Nursing Leadership*, vol. 20, n° 2, p. 80-93.

Trottier, L.H., Denis, J.L., et Villeneuve, M. (2007). « Ancrage et pérennité du changement dans les organisations de santé », *Infolettre*, vol. 4, n° 3, p. 2-5.

ANNEXE 1 – Nombre d’infirmières praticiennes spécialisées selon les domaines et les lieux de pratique

RÉSUMÉ

Total des IPS en exercice : 41

Total des candidates admissibles à l'examen d'IPS : 6, dont 5 en soins de première ligne

Total des étudiantes IPS : 93, dont 72 en soins de première ligne

Cardiologie (29)

	<u>Lieux de pratique</u>	<u>Nombre</u>
IPS (17)	Hôpital Laval	4
	CHUM	2
	Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis	2
	Institut de Cardiologie de Montréal	3
	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	1
	CHUS - Hôpital Fleurimont	2
	Hôpital de Chicoutimi	1
	Centre hospitalier Saint-Eustache	1
	Hors du Québec	1
	<u>Universités</u>	<u>Nombre</u>
Étudiantes (12)	Université Laval	3
	Université de Montréal	9

Néonatalogie (12)

	<u>Lieux de pratique</u>	<u>Nombre</u>
IPS (9)	Hôpital de Montréal pour enfants	5
	CHU Sainte-Justine	3
	Hôpital Royal Victoria	1
	<u>Université</u>	<u>Nombre</u>
Étudiantes (3)	Université McGill	3

Néphrologie (15)

	<u>Lieux de pratique</u>	<u>Nombre</u>
IPS (8)	Hôtel-Dieu de Québec	3
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	2
	CSSS de Chicoutimi	1

Annexe 1

	Hôpital Royal Victoria	1
	CHUM	1
CIPS - Admissible à l'examen (1)	CHUS - Hôpital Fleurimont	1

	<u>Universités</u>	<u>Nombre</u>
Étudiantes (6)	Université Laval	2
	Université de Montréal	4

Soins de 1^{re} ligne (84)

	<u>Lieux de pratique</u>	<u>Nombre</u>
IPS (7)	CSSS du Nord de Lanaudière	2
	CSSS du Nord de Lanaudière/GMF Rousseau-Montcalm	1
	CSSS de Laval	1
	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	1
	CSSS de la Vieille-Capitale	1
	Centre de santé communautaire d'Earlton (Ontario)	1
CIPS - Admissibles à l'examen (5)		
<i>Examen : automne 2009</i>	Centre de santé communautaire du Témiscaming (Ontario)	1
	En Ontario	1
	GMF Clinique médicale St-Laurent (CSSS de Maskinongé)	1
	CSSS de la Montagne (Montréal)	1
	CSSS des Collines (Gatineau)	1
	<u>Universités</u>	<u>Nombre</u>
Étudiantes (72)	Université Laval	24
	Université de Montréal	27
	Université McGill, à Montréal	4
	Université McGill, en Abitibi-Témiscamingue	5
	Université de Sherbrooke	12

[mise à jour : mai 2009]

ANNEXE 2 – Liste des règlements encadrant la pratique de l'IPS

TABLEAU 1 – RÈGLEMENTS ENCADRANT LA PRATIQUE DE L'IPS

Règlement	Objectif	Auteur
<i>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</i>	Habiller les IPS à pratiquer les activités médicales prévues selon leur spécialité.	CMQ
<i>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</i>	Définir les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste obligatoire pour la pratique de l'IPS.	OIIQ
<i>Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec</i>	Créer un comité consultatif dont le mandat est d'examiner les questions relatives à la qualité de la formation de l'IPS.	Gouv. du Québec
<i>Règlement modifiant le Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments</i>	Officialiser la fonction de prescripteur de l'IPS.	OPQ
<i>Règlement modifiant le Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels</i>	Décrire les diplômes d'admissibilité à l'examen d'IPS.	Gouv. du Québec

CMQ : Collège des médecins du Québec; OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; OPQ : Office des professions du Québec.

ANNEXE 3 – Liste des lieux de formation pour les IPS

Universités	IPS en cardiologie	IPS en néonatalogie	IPS en néphrologie	IPS en soins de première ligne
Université Laval	√		√	√
Université McGill		√		Site de Montréal, Site UQAT*
Université de Montréal	√		√	√
Université de Sherbrooke				√
Université du Québec en Outaouais en collaboration avec l'Université McGill				√

*Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

ANNEXE 4 – L’offre de service des infirmières praticiennes spécialisées

Néphrologie¹⁸

L’infirmière praticienne spécialisée en néphrologie exerce uniquement dans un centre hospitalier où il y a un service de dialyse rattaché à un département ou à un service de néphrologie, ce qui implique que ce service n’est pas obligatoirement à l’intérieur du centre hospitalier (par exemple, un centre satellite).

Elle exerce auprès du patient qui nécessite des soins et services en prévention de l’insuffisance rénale (prédialyse), en hémodialyse, en dialyse péritonéale et en greffe rénale. L’infirmière praticienne spécialisée en néphrologie exerçant ses fonctions en prévention de l’insuffisance rénale contribue à la planification et à la distribution des soins visant à ralentir la progression de l’insuffisance rénale et à prévenir la comorbidité qui lui est associée. Elle intervient dans le choix d’une méthode de suppléance, que ce soit au niveau de la préparation à la création de la meilleure voie d’accès à la dialyse ou de la préparation adéquate à une transplantation rénale. De plus, elle peut participer aux soins ou s’impliquer auprès du patient greffé.

Cardiologie¹⁹

L’infirmière praticienne spécialisée en cardiologie exerce uniquement dans un centre hospitalier où il y a un service de chirurgie cardiaque adulte ou dans un centre hospitalier où il y a un service de cardiologie structuré d’au moins trois cardiologues, excluant les cardiologues itinérants.

Volet chirurgie cardiaque

Elle exerce auprès du patient ayant des problèmes de santé qui nécessitent une chirurgie cardiaque. Elle intervient auprès du patient et de sa famille aux différentes phases, préopératoire et postopératoire, entourant la chirurgie cardiaque.

Volet cardiologie médicale

Elle exerce auprès d’une clientèle adulte hospitalisée ou ambulatoire. Elle intervient dans les cliniques ambulatoires spécialisées, notamment en insuffisance cardiaque, prévention secondaire, transplantation cardiaque et cardiopathies congénitales ainsi que dans les services spécialisés d’hémodynamie et d’électrophysiologie.

¹⁸ OIIQ et CMQ (2006c).

¹⁹ OIIQ et CMQ (2006a).

Néonatalogie²⁰

L'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie exerce uniquement dans un centre hospitalier de niveau 3 en néonatalogie, où pratique obligatoirement un néonatalogiste ou un pédiatre détenant des privilèges en néonatalogie. Ce médecin assure un service professionnel sur place ou est en disponibilité 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Le médecin désigné comme médecin traitant demeure l'ultime décideur des soins.

L'infirmière praticienne spécialisée exerce auprès du nouveau-né prématuré ou à terme présentant toute pathologie qui nécessite une admission aux soins intensifs ou aux soins intermédiaires néonataux. Elle intervient auprès du nouveau-né et de sa famille aux différents stades de la période périnatale. Les infirmières praticiennes spécialisées en néonatalogie sont en mesure :

- de participer à la consultation prénatale;
- d'assister le médecin traitant dans la prise en charge du nouveau-né prématuré ou à terme présentant des complications au moment de la naissance;
- d'assurer son suivi aux soins intensifs ou intermédiaires néonataux ou à la salle d'accouchement;
- d'intervenir à l'unité mère-enfant auprès du nouveau-né à terme présentant des signes de complication ou de détérioration.

Soins de première ligne²¹

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne exerce sa profession de façon autonome en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille et en concertation avec d'autres professionnels de la santé.

Elle possède la formation requise pour :

- évaluer l'état de santé de patients de tous âges, leur donner des soins directs et traiter les patients ayant des problèmes de santé courants;
- assurer le suivi des patients atteints de maladies chroniques stables;
- contribuer au suivi d'une grossesse jusqu'à 32 semaines;
- définir les besoins du patient en matière d'autosoins et émettre des recommandations en termes de promotion de la santé et de prévention de la maladie et des accidents.

²⁰ OIIQ et CMQ (2006b).

²¹ OIIQ et CMQ (2008).

ANNEXE 5 – Modifications proposées aux règlements applicables à l’infirmière praticienne spécialisée

Introduction

La présente annexe trace un bilan des modifications qu’il y aurait lieu d’apporter à la réglementation afférente à l’infirmière praticienne spécialisée, soit :

- le *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*;
- 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*;
- le *Règlement sur les comités de la formation de l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*.

Depuis l’entrée en vigueur de ces règlements en 2005, leur application a mis en évidence la nécessité d’assouplir certaines règles liées à la formation requise pour l’obtention d’un certificat d’infirmière praticienne spécialisée (IPS). Elles concernent notamment l’expérience préalable à la formation spécialisée, le processus d’agrément des milieux de stage, les exigences relatives au stage d’intégration pour les candidates ayant obtenu une équivalence de diplôme ou de formation.

D’autres modifications sont rendues nécessaires pour actualiser les activités médicales pouvant être exercées par l’IPS en néphrologie et en soins de première ligne et, enfin, pour donner à l’IPS en soins de première ligne la possibilité d’exercer dans un établissement de soins de longue durée.

Il y a lieu de mentionner que ces modifications doivent être discutées avec le Collège des médecins du Québec (CMQ) compte tenu qu’il s’agit de règlements complémentaires et que le CMQ et l’OIIQ sont les instances concernées par l’application des règlements.

1. Le 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 infirmiers²²

1.1 L'agrément des milieux de stage – difficultés d'application

L'article 2 (2°) de ce règlement prévoit que pour être reconnu, tout milieu de stage doit faire partie d'une liste dressée par le sous-comité d'examen des programmes :

« Milieu de stage » s'entend des centres exploités par les établissements au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) qui sont affiliés à une université qui offre la formation qui conduit à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au certificat de spécialiste de l'Ordre, ainsi que des cabinets médicaux, cliniques médicales, dispensaires ou autres lieux offrant des soins de première ligne et dont la liste est dressée par le sous-comité d'examen des programmes.

- ***Il y aurait lieu de reconnaître d'emblée les milieux de stage déjà reconnus pour la formation médicale***

Après quelques années d'application du règlement, il ressort que la presque totalité des centres associés aux programmes de formation menant au certificat d'infirmière praticienne spécialisée sont en fait des centres désignés « centres universitaires » ou « centres affiliés universitaires » où une formation médicale est dispensée. Ces établissements sont déjà reconnus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²³ et par le CMQ comme des milieux de stage pour la formation médicale.

Or, pour qu'ils soient reconnus comme milieux de stage pour la formation d'IPS, le sous-comité d'examen des programmes soumet ces centres à un processus comportant un examen au cas par cas de leur capacité à faire partie des programmes de formation universitaires en spécialité médicale. Cette façon de faire alourdit le processus et entraîne des délais importants pour la reconnaissance des centres déjà reconnus pour la formation médicale. Elle nuit également au processus d'intégration des candidates IPS (CIPS) dans l'environnement clinique en raison des délais qui en résultent. Les centres étant déjà en mesure d'encadrer la formation médicale devraient, par le fait même, l'être pour la formation d'IPS.

Face à cette situation, trois universités qui dispensent la formation d'IPS ont adressé à l'Ordre une demande pour modifier le règlement afin d'y prévoir que tout centre ayant une désignation universitaire et agréé pour la formation médicale dans les spécialités visées par les programmes de formation menant au certificat d'IPS soit considéré

²² R.Q., c. I-8, r. 3.1.

²³ L.R.Q., c. S-4.2.

d'office comme un milieu de stage aux fins de la formation d'IPS. Cette modification implique donc qu'il ne soit plus nécessaire pour ces centres de soumettre une demande d'agrément au sous-comité d'examen des programmes afin d'être qualifiés comme milieux de stage au sens du règlement.

MODIFICATION PROPOSÉE :

À l'article 2 (2°) quant à la définition de « milieu de stage » prévue au règlement (le texte en caractère gras serait ajouté) :

2 (2°) « Milieu de stage » s'entend des centres exploités par les établissements au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) qui sont affiliés à une université qui offre la formation qui conduit à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au certificat de spécialiste de l'Ordre, ainsi que des cabinets médicaux, cliniques médicales, dispensaires ou autres lieux offrant des soins de première ligne et dont la liste est dressée par le sous-comité d'examen des programmes.

Sont également considérés comme milieux de stage les centres exploités par les établissements au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, affiliés à une université qui délivre un diplôme en médecine et reconnus comme milieux de formation dans une spécialité médicale visée par un programme de formation menant à la délivrance d'un certificat d'infirmière praticienne spécialisée.

1.2 Le programme d'intégration requis pour les candidates ayant obtenu une équivalence de diplôme ou de formation : impossibilité d'application découlant du libellé actuel

Comme prévu à l'article 4 (4°) du *Règlement sur les classes de spécialités de l'OIIQ pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers*, la candidate à une spécialité IPS qui s'est vu reconnaître une équivalence de diplôme ou de formation doit se conformer à une exigence supplémentaire pour obtenir son certificat de spécialiste : elle est tenue de réaliser un programme d'intégration de trois mois effectué dans le cadre d'un programme de formation universitaire de deuxième cycle conduisant à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au certificat de spécialiste de l'Ordre.

Lors de l'adoption du règlement, l'objectif de cette mesure était de permettre aux candidates étrangères de se familiariser avec le contexte de pratique québécois pour la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (aspects législatifs, déontologiques organisationnels et socioculturels).

À ce jour, cette condition s'est révélée inapplicable puisqu'aucun programme d'intégration n'a été mis sur pied par une université du Québec. Il s'avère aussi qu'une personne ayant obtenu une équivalence de diplôme ou de formation pourrait effectuer

un tel stage d'intégration dans un établissement de santé reconnu comme milieu de stage aux fins du règlement, sans que ce stage s'inscrive nécessairement dans un programme de formation universitaire conduisant à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au certificat d'IPS.

Par ailleurs, la personne s'étant vu reconnaître une équivalence de diplôme ou de formation peut avoir l'occasion de se familiariser avec le contexte de pratique de l'IPS dans le cadre de son exercice à titre de CIPS, i-e une fois l'équivalence reconnue et en attendant de subir l'examen de spécialité²⁴. Ainsi, le fait d'avoir exercé au moins trois mois à titre de CIPS devrait permettre à cette personne d'être dispensée de suivre ce programme d'intégration.

Il y aurait donc lieu de modifier l'article 4 (4°) du règlement pour assouplir l'exigence reliée au programme d'intégration à l'égard des personnes s'étant vu reconnaître une équivalence. L'obligation de réussir un stage d'intégration ne devrait s'appliquer qu'à celle qui n'a pas exercé au moins trois mois à titre de CIPS. Lorsqu'il est applicable, ce stage ne devrait plus être obligatoirement effectué dans le cadre d'un programme de formation universitaire conduisant au diplôme donnant ouverture au certificat d'IPS.

MODIFICATIONS PROPOSÉES :

À l'article 4 (4°) quant à l'exigence de réussir un programme d'intégration pour les candidates ayant obtenu une équivalence (le texte rayé serait supprimé et le texte en caractère gras ajouté) :

4 (4°) Un certificat de spécialiste dans l'une des classes de spécialités prévues à l'article 3 est délivré à l'infirmière qui remplit les conditions suivantes :

[.....]

(4°) elle a suivi avec succès un programme d'intégration comportant un stage clinique d'une durée de trois mois effectué dans un ~~programme de formation universitaire de 2^e cycle conduisant à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au certificat de spécialiste de l'Ordre~~ milieu de stage au sens du paragraphe 2° de l'article 2, dans le cas où elle s'est vu reconnaître une équivalence conformément à la section IV; ce stage porte sur l'intégration pratique des connaissances liées aux aspects législatifs, déontologiques, organisationnels et socioculturels de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée au Québec.

Est dispensée de suivre le programme d'intégration mentionné au premier alinéa l'infirmière qui a exercé au moins trois mois à titre de candidate infirmière praticienne spécialisée ou l'infirmière qui démontre avoir réussi une formation dont le contenu est équivalent à celui décrit au premier alinéa.

²⁴ Articles 2 (1°) et 7.

1.3 Le préalable au programme de formation en néphrologie

L'annexe I du *Règlement sur les classes de spécialités de l'OIIQ pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers* prévoit les normes d'équivalence de diplôme et de formation pour l'obtention d'un certificat d'IPS. En ce qui concerne la spécialité en néphrologie, l'annexe 1 (article 2) exige, comme préalable au programme de formation servant de référence pour les normes d'équivalence de diplôme, une expérience de 3 360 heures dans une unité de néphrologie ou de soins critiques adultes.

Devant la baisse d'inscription aux programmes de formation d'IPS en néphrologie, le Comité de la formation des IPS a recommandé au Conseil d'administration de l'OIIQ d'assouplir cette exigence afin d'y inclure l'expérience acquise dans une unité de médecine/chirurgie et de modifier le règlement en conséquence.

Cette modification est rendue nécessaire, non seulement pour favoriser l'inscription d'un plus grand nombre d'infirmières au programme de formation en néphrologie, mais aussi parce que l'expérience acquise en médecine/chirurgie est pertinente pour préparer l'infirmière à ce programme. Le Conseil d'administration de l'OIIQ propose donc de modifier l'annexe 1 du règlement en conséquence.

MODIFICATION PROPOSÉE :

À l'annexe I (article 2) quant au préalable au programme de formation pour la spécialité en néphrologie :

2° *Préalable au programme de formation :*

*3 360 heures dans une unité de néphrologie, de soins critiques **ou de médecine/chirurgie.***

1.4 Possibilité, pour une infirmière ayant obtenu son baccalauréat, d'entreprendre des études d'infirmière praticienne spécialisée sans avoir l'expérience préalable dans le domaine de spécialité

L'objectif est de permettre à l'infirmière **ayant obtenu son** baccalauréat d'entreprendre directement des études de deuxième cycle d'infirmière praticienne sans être obligée d'avoir le préalable au programme de formation (expérience clinique de 3 360 heures dans le domaine visé par la spécialité). À cette fin, le programme de formation d'IPS pourrait être prolongé d'une année de stages cliniques.

MODIFICATION PROPOSÉE

Ainsi, une modification à l'annexe I 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* concernant le préalable au programme de formation pourrait offrir deux modalités, soit une expérience clinique de 3 360 heures ou à défaut, un programme universitaire d'IPS prolongé d'un an avec augmentation du nombre d'heures de stages cliniques.

2. 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 médecins²⁵

2.1 La spécialité d'IPS en néphrologie

- L'utilisation de techniques invasives dans le cadre de cette spécialité

Contrairement aux autres spécialités d'infirmière praticienne spécialisée, l'IPS en néphrologie n'est pas habilitée à utiliser des techniques ou traitements invasifs ou présentant des risques de préjudice²⁶. La raison en est que lorsque les spécialités d'IPS ont été créées, les médecins néphrologues ne recouraient pas à ces techniques pour diagnostiquer ou traiter leurs patients.

Depuis l'entrée en vigueur de la réglementation afférente à l'IPS, les étudiants en médecine reçoivent l'enseignement sur ces techniques dans le cadre de leur programme d'études postdoctorales en néphrologie et les néphrologues nouvellement diplômés les utilisent avec leurs patients. À titre d'exemple, les néphrologues demandent aux IPS en néphrologie de retirer un cathéter veineux central en hémodialyse. Le fait pour l'IPS en néphrologie d'être habilitée à utiliser cette technique invasive tiendrait compte de cette nouvelle réalité et répondrait à la demande des néphrologues.

MODIFICATION PROPOSÉE :

Il y aurait lieu de modifier l'article 7 du règlement pour habilitier l'IPS en néphrologie à « utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice ».

²⁵ R.Q., c. M-9, r. 1.3.

²⁶ Article 7.

2.2 La spécialité d'IPS en soins de première ligne

- ***L'exercice en centre d'hébergement et de soins de longue durée s'avère pertinent***

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* autorise l'IPS en soins de première ligne à exercer exclusivement auprès d'une clientèle ambulatoire²⁷, dans le but notamment de traiter des problèmes de santé courants et d'assurer le suivi de maladies chroniques stables.

Actuellement, des centres d'hébergement et de soins de longue durée éprouvent des difficultés à maintenir une équipe médicale suffisante et souhaitent accueillir une IPS au sein de leur équipe de soins. Il arrive que les patients hébergés dans ces milieux soient envoyés à l'urgence pour un problème de santé courant en raison du fait qu'il y a pénurie de médecins. L'apport d'une IPS en soins de première ligne auprès de ces clientèles tant pour les problèmes de santé courants que pour le suivi de leurs maladies chroniques stables, permettrait d'éviter des séjours à l'urgence.

Par ailleurs, des études réalisées en Ontario démontrent que l'apport d'une IPS pour les soins de longue durée a eu des impacts positifs sur la qualité des soins reçus par les patients hébergés dans ces milieux et sur leur accès à des soins. Comme il a été mentionné dans ce mémoire, des études sur la pratique clinique des IPS dans les établissements de longue durée de cette province ont démontré que cette pratique permettait d'éviter l'hospitalisation des personnes prises en charge par les IPS, améliorerait la qualité des soins à ces personnes et permettait une utilisation plus efficiente des ressources médicales.

Au Québec, l'IPS en soins de première ligne étant déjà habilitée à assurer le suivi de maladies chroniques stables, son apport en soins de longue durée ne peut qu'améliorer l'accès aux services pour la population hébergée.

MODIFICATION PROPOSÉE :

Dans ce contexte, l'Ordre considère qu'il serait opportun d'habiliter l'IPS en soins de première ligne à exercer les activités médicales en soins de longue durée et de modifier à cet effet, l'article 8.1 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*.

²⁷ Article 8.1 (1°).

- Révision des activités médicales

La pratique clinique au quotidien des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne a démontré qu'une révision des activités médicales est nécessaire tant au niveau de la prescription des examens diagnostiques que des traitements médicaux et médicamenteux.

À l'article 8.4, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne exerce ses activités aux conditions et modalités suivantes :

1° Elle prescrit les examens diagnostiques prévus à l'annexe 1 du présent règlement.

Il y aurait lieu d'ajouter les examens suivants à l'annexe 1 :

Imagerie médicale :

- Examen échographique : échographie de surface – masse de tissu mou

Analyses de laboratoire :

- Test de Mantoux (TCT)
- Anticorps antinucléaires
- H. Pylori
- Oxymétrie 24 heures
- AST
- Urée
- Calcium
- Homocystéine
- Magnésium
- PSA
- Culture mycose peau ou ongle
- Testostérone libre et totaux cortisol
- Estradiol
- Estriol
- PTH
- Prolactine

3° Elle prescrit des médicaments et d'autres substances conformément à l'annexe 2 du présent règlement.

Il y aurait lieu d'ajouter ou de modifier les classes de médicaments suivants à l'annexe 2 :

- Ajouter 8:12.18 quinolone
 - lévofloxacine P (per os seulement)
 - moxifloxacine P (per os seulement)
- Ajouter 8:14.04 terbinafine P (per os seulement)
- Ajouter 28:08.04 Celebrex P (pour patients avec problème gastrique)
- Modifier 56:28.36 Inhibiteurs de la pompe à protons
 - Modifier renouvellement pour prescription
- Modifier 56:28.12 ranitidine
 - Modifier renouvellement pour prescription
- Ajouter et modifier 68:04 corticostéroïdes
 - Ajouter hydrocortisone per os seulement (14 jours ou moins) et R et A
 - Modifier prescription d'aérosol de 14 jours à 1 mois et R et A
- Ajouter 12:92 varénicline (tartrate de) P
- Ajouter 28:16.04 antidépresseurs
 - inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
 - inhibiteur GABA
 - hypnotiquesPour renouvellement et ajustement.
- Ajout 68:28 desmopressine (DDAVP)
Pour renouvellement et ajustement.
- Ajout 28:32.28 agonistes des récepteurs SHT-1
Pour renouvellement et ajustement.
- Modification 56:32 dompéridone
Modifier R pour P (pour allaitement).

Dans le cadre d'un renouvellement de la prescription, modifier la durée maximale de 6 mois à 1 an.

- Ajouts : vaccins contre l'influenza P
- Antiviraux : Oseltamivir (Tamiflu) et Zanamivir (Relenza)

Annexe 5

5° Elle utilise les techniques ou applique les traitements médicaux suivants.

Ajout des techniques invasives suivantes :

- Exérèse de lésions cutanées superficielles :
 - molluscum pendulum ou contagiosum
 - kératose
 - petit lipome
- Onyctomie partielle
- Infiltration simple
- Installation et retrait du stérilet

2.3 Stage requis pour l'obtention d'une équivalence

- Il y aurait lieu d'habiliter les infirmières effectuant un tel stage

Outre les infirmières praticiennes spécialisées, le *Règlement sur les activités médicales qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* autorise :

- la candidate IPS;
- l'infirmière détentrice d'une autorisation spéciale d'exercice délivrée par l'OIIQ;
- l'infirmière inscrite dans un programme de formation universitaire hors du Québec qui mène à l'obtention d'un diplôme d'IPS²⁸.

Cette autorisation exclut l'infirmière qui doit effectuer un stage clinique en vue d'obtenir une équivalence de diplôme ou de formation, à la demande du Comité d'admission par équivalence des infirmières praticiennes spécialisées²⁹.

MODIFICATION PROPOSÉE :

Cette omission doit être corrigée par une modification au règlement du CMQ, et ce, par une disposition additionnelle prévoyant qu'***une personne peut exercer les activités professionnelles autorisées par ce règlement dans la mesure où l'exercice de ces activités est requis pour obtenir une équivalence de diplôme ou de formation en vue de l'obtention d'un certificat d'infirmière praticienne spécialisée.***

²⁸ Articles 9 et 10.

²⁹ L'article 30 du *Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers* prévoit que si le Comité d'admission par équivalence des infirmières praticiennes spécialisées refuse de reconnaître l'équivalence demandée, il doit informer l'infirmière des conditions à remplir pour l'obtenir.

3. **Le Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**³⁰

3.1 **Le processus décisionnel prévu pour le sous-comité d'examen des programmes du Comité de la formation des infirmières praticiennes spécialisées**

Comme prévu au *Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, le sous-comité d'examen des programmes a trois fonctions :

- donner des avis sur les programmes de formation d'IPS;
- donner des avis sur le maintien ou non des diplômes donnant ouverture au certificat d'IPS;
- dresser la liste des milieux de stage³¹.

Ce règlement prévoit que le sous-comité d'examen des programmes est composé de trois infirmières et de trois médecins, membres du comité de la formation des IPS. Il est prévu que le quorum du sous-comité est formé d'au moins deux infirmières et deux médecins. Ce nombre pair rend déjà élevée la possibilité d'un vote égal en cas de divergence d'opinions et, par conséquent, d'une absence de décision.

Par ailleurs, la présidente du sous-comité, qui est une infirmière, n'exerce aucun droit de vote sur les questions relatives aux milieux de stage ni sur celles portant sur la formation médicale requise³². En cas de divergence d'opinions sur ces questions, ces règles ont pratiquement pour effet d'annuler le vote des infirmières lorsqu'il s'agit de se prononcer entre autres sur l'agrément des milieux de stage. En effet, soit les infirmières sont minoritaires soit aucune décision n'est prise. Depuis le début des travaux du sous-comité, ces règles ont eu pour effet d'entraver son bon fonctionnement, de sorte que les membres ont dû régler les questions par consensus en procédant par dérogation (au cas par cas) ou s'abstenir de prendre une décision.

Cette situation, de toute évidence inéquitable pour les infirmières, appelle une modification réglementaire pour reconnaître l'apport significatif des infirmières sur des questions telles que l'agrément des milieux de stage. Dans ce contexte, il y aurait donc lieu de donner le droit de vote à la présidente du sous-comité sur l'ensemble des questions étudiées par le sous-comité.

³⁰ R.Q., c. I-8, r. 5.2.

³¹ Articles 25 et 26.

³² Article 27.

Annexe 5

Par ailleurs, afin de permettre le bon fonctionnement du sous-comité, il y aurait lieu d'en modifier la composition pour y introduire un membre qui n'est ni médecin, ni infirmière et qui possède une expertise sur les questions reliées à la formation des IPS. Ce membre pourrait être l'un des deux représentants de la CREPUQ siégeant au Comité de la formation des IPS.

MODIFICATIONS PROPOSÉES :

Aux articles 24, 27 et 30 du Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

Article 24. Un sous-comité d'examen des programmes, composé des membres du comité nommés par le Collège des médecins du Québec et par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec **et d'un membre du comité nommé par la Conférence**, est également institué.

Article 27. Le président du comité est d'office le président du sous-comité. ~~Lors des réunions du sous-comité, il n'exerce aucun droit de vote sur une question visée au second alinéa de l'article 25 ainsi que sur toute autre question visée à cet article ou à l'article 26 portant sur la formation médicale requise.~~

Article 30. Le quorum du sous-comité est de **4 cinq** membres, deux nommés par le ~~Bureau~~ **Conseil d'administration** de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, deux nommés par le ~~Bureau~~ **Conseil d'administration** du Collège des médecins du Québec **et un membre nommé par la Conférence.**

CODE 247