

**UNE MEILLEURE
COLLABORATION**

POUR LE MIEUX DE NOTRE POPULATION

Mémoire présenté par la Fédération médicale
étudiante du Québec



 **FMEQ**
Fédération médicale
étudiante du Québec

Une meilleure collaboration, pour le mieux de notre population

Mémoire présenté par la Fédération médicale étudiante du Québec dans
le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le
projet de loi n°43, Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les
infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de
santé

Mémoire présenté dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n°43, Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé

Le terme « infirmière praticienne spécialisée » est conjugué au féminin dans ce mémoire en accord avec l'usage qu'il en est fait dans le projet de loi n° 43.

Publié le 12 novembre 2019
Fédération médicale étudiante du Québec
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec à l'adresse courriel suivante : politique@fmeq.ca

Rédigé par

Patrice Levasseur-Fortin, président 2018-2019 de la Fédération médicale étudiante du Québec,
diplômé en sciences infirmières

Maxime Morin-Lavoie, président 2019-2020 de la Fédération médicale étudiante du Québec

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques 2018-2020 de la Fédération médicale étudiante du
Québec

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
LA FORMATION DES IPS ET LA FORMATION MÉDICALE.....	8
Comparaison des deux cursus et méthodes d'évaluation	8
Impact des cursus sur le choix de formation.....	8
La problématique de l'exposition clinique	10
REDÉFINIR LA MÉDECINE FAMILIALE	10
Nouveaux pouvoirs accordés aux IPS.....	13
Comparaison avec la pratique de la médecine familiale.....	14
Un manque d'attractivité en médecine familiale déjà présent.....	15
Réflexions des étudiants en médecine	16
CONCLUSION.....	18
BIBLIOGRAPHIE	19

Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Québec

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et six campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux, politiques et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, la taxation des boissons sucrés, la légalisation du cannabis, le don d'organe et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les six campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

INTRODUCTION

Le corps médical est bien conscient du fait que l'accessibilité aux soins de santé demeure déficiente. Une proportion non-négligeable de Québécoises et Québécois sont en attente pour voir un médecin de famille et les temps d'attente dans les urgences de la province demeurent trop longs. Plusieurs mesures ont été mises en place pour augmenter la productivité des médecins, mais force est d'admettre que le corps médical a atteint la limite de ce qu'il est capable de fournir avec les effectifs actuels.

La collaboration interprofessionnelle a toujours été valorisée par la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ). C'est dans cet optique que nous avons fondé en 2016 le Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec (FRESQue) dans le but de coaliser l'ensemble des professionnels de la santé en formation. Nous sommes heureux de voir cette organisation continuer à rayonner aujourd'hui et à représenter une relève étudiante engagée et motivée à améliorer le système de santé de demain.

C'est donc avec optimisme que nous avons accueilli la volonté du gouvernement d'augmenter les pouvoirs accordés aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans le cadre du projet de loi n°43, Loi modifiant la Loi sur les infirmières et infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé. Il s'agit d'une mesure efficace pour faciliter l'accès aux soins de santé pour des consultations concernant des conditions simples. Ces changements législatifs s'accompagnent d'une autonomie des IPS, qui n'auront plus à être rattachées à un médecin pour effectuer les actes qui leur seront autorisés.

Les étudiants en médecine sont actuellement les seuls à être formés pour poser un diagnostic et initier un traitement de manière autonome. Nous regardons donc les propositions apportées par le projet de loi n°43 avec une vision d'apprenants qui vivent actuellement les réalités du système de formation médicale. C'est cette vision qui nous amène à nous questionner sur l'impact de l'arrivée d'un grand nombre d'IPS dans le milieu de l'enseignement médical. De plus, nos membres nous témoignent de leur interrogation sur l'avenir de la médecine familiale dans le nouvel environnement médical qui se formera avec l'arrivée de plus en plus importante des IPS dans le réseau de la santé.

Nous tenons à exprimer clairement notre appui au principe d'augmenter le champ de pratique des IPS. Les inquiétudes soulevées dans les prochaines pages ne correspondent pas à une opposition au projet de loi n°43 ; il s'agit cependant d'éléments que nous souhaiterions voir considérés dans le processus réglementaire ou de ressources que nous aimerions voir être consacrées pour favoriser une transition favorable à l'implantation des dispositions du présent projet de loi.

Nous espérons que les recommandations que nous émettons sauront améliorer la formation et la pratique à la fois des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées au cours des prochaines années.

LA FORMATION DES IPS ET LA FORMATION MÉDICALE

Comparaison des deux cursus et méthodes d'évaluation

Le cursus médical québécois comporte une formation de base entre quatre et cinq ans à temps plein, soit le doctorat de 1^{er} cycle en médecine. Les notions théoriques sont acquises durant les 2 à 3 premières années. Durant cette période, l'étudiant est évalué par diverses modalités (examens théoriques, évaluations par des médecins, examen clinique objectif structuré, etc.). Une fois la réussite de la partie théorique, l'étudiant est exposé aux différents milieux cliniques durant ses deux dernières années. Cette période est nommée l'externat. L'étudiant est alors évalué de façon quotidienne à hebdomadaire par une panoplie de praticiens dans la majorité des spécialités médicales, de la médecine familiale à la gynécologie-obstétrique. Les étudiants cumulent plus de cent crédits universitaires durant cette période. Il est important de noter que chacune des universités québécoises possède des méthodes d'évaluations différentes. Cependant, on peut dégager des incontournables dans le mode d'évaluation des étudiants en médecine au Québec. À la fin des 4 à 5 années de formation, les étudiants en médecine se doivent obligatoirement de réussir la première partie de l'Examen d'aptitude du conseil médical du Canada (EACMC) qui comporte des questions sur l'ensemble des connaissances requises pour passer à la prochaine étape de la formation, la résidence. Selon le Conseil médical Du Canada (CMC), ce test se veut « un examen bilan qui permet d'évaluer les connaissances médicales essentielles et la prise de décisions cliniques d'un candidat par rapport au niveau attendu d'un étudiant en médecine qui obtient son diplôme de médecine au Canada¹. » En plus de cet examen, plusieurs facultés se sont dotées dans les dernières années d'un examen « maison » avec un volet pratique et théorique pour évaluer la compétence de leurs étudiants. Une fois le doctorat complété, l'étudiant se devra de poursuivre une formation additionnelle, la résidence, pour se spécialiser. Cette période, d'une durée de 2 ans pour la médecine familiale et de cinq à sept ans selon les autres spécialités, se veut une étape essentiellement clinique : le résident a le droit de diagnostiquer, de prescrire et de poser des actes médicaux, mais sous supervision de médecins-patrons.

Avant d'aborder la notion d'exposition clinique, il est important de bien comprendre les différents cheminement possibles au baccalauréat en sciences infirmières. Il est possible d'être admis suivant une formation collégiale préuniversitaire en sciences de la nature. Ces étudiants arrivent donc dans le baccalauréat en sciences infirmières : formation initiale. D'une durée de trois ans, ce programme intensif comprends les notions de base des soins infirmiers, allant de l'enseignement des habiletés techniques aux cours sur la discipline infirmière en passant par des stages cliniques. Il est également possible de compléter son baccalauréat avec le programme DEC-BAC une formation combinée d'une technique au collégial de trois ans complétée de deux ans de formation universitaire. À la fin de leur formation universitaire, les deux candidats ayant passé à travers ces formations seront infirmières cliniciennes. Finalement, il y a la possibilité pour l'étudiant(e) en soins infirmiers de compléter uniquement sa formation collégiale de trois ans et de pratiquer dans la majorité des postes en milieu hospitalier qui ne nécessitent pas de baccalauréat. Dans un souci d'efficacité, la formule collégiale seule ne sera pas abordée dans le présent mémoire puisqu'il est nécessaire d'obtenir son baccalauréat pour avoir accès à la formation d'IPS.

¹ Le Conseil medical canadien, « EACMC, partie 1 », 11 novembre, 2019, <https://mcc.ca/fr/examens/eacmc-partie-i/>.

Les étudiant(e)s en sciences infirmières se voient offrir une variété de stages dans le réseau de leur université d'attache. Chaque université procède différemment quant au nombre de stages, mais il y a en moyenne 8 stages au cours de la formation initiale contre 3 au cours du DEC-BAC, considérant les stages complétés lors de leur parcours collégial. Ces derniers peuvent varier en fonction de la disponibilité des milieux et du choix des étudiants. La durée des stages diffère d'une université à l'autre, mais est d'environ 15 jours pour l'horaire d'un quart de travail normal de 8 heures.

Il existe deux principaux modes de supervision pour les étudiants en sciences infirmières à l'université. Le tutorat, davantage utilisé dans les milieux universitaires, constitue un jumelage 1:1 entre une infirmière et son stagiaire. L'étudiant fait alors pleinement partie de l'équipe soignante en partageant la charge de travail avec son superviseur. L'infirmière qui est responsable de superviser directement l'étudiant, se voit confier la responsabilité de remplir l'évaluation de ce dernier afin de la remettre à un moniteur clinique engagé par l'université pour l'évaluation finale. Selon l'université, l'étudiant aura un travail écrit à faire en fonction du stage qu'il effectue, généralement une présentation de cas.

Tableau 1 : Répartition des crédits pour les stages du parcours de formation initiale

Université	1ère année	2e année	3e année	Total crédits formation complète
Sherbrooke ²	11	7	9	107
Laval ³	3	7	8	105
Montréal ⁴	4	9	10	103

Tableau 2 : Répartition des crédits pour les stages du parcours DEC-BAC:

Université	1ère année	2e année	3e année	Total crédits formation complète
Sherbrooke ⁵	6	9	9	72
Laval ⁶	4	8	8	69
Montréal ⁷	7	5	4	103

Pour postuler au cycle supérieur en tant qu'infirmier praticien de première ligne (IPS-PL), un étudiant en soins infirmiers doit respecter certaines conditions afin que sa candidature soit considérée. Il doit avoir au minimum 3360 heures de pratique en tant qu'infirmier clinicien dont au moins la moitié dans son champ d'expertise au cours des 5 dernières années. La formation des IPS-PL est une formation universitaire de 2e cycle. Elle compte en moyenne 45 crédits dont 21

² Université de Sherbrooke, « Baccalauréat en sciences infirmières », 11 novembre, 2019, <https://www.usherbrooke.ca/admission/programme-pdf/293/baccalaureat-en-sciences-infirmieres/>.

³ Université Laval, « Cheminement sur 3 ans (8 sessions) au baccalauréat en sciences infirmières – formation initiale (105 crédits) », 11 novembre, 2019, https://www.fsi.ulaval.ca/sites/default/files/documents/pdf/programmes/1er-cycle/cheminement_type_formation_initiale_3_4_ans.pdf.

⁴ Université de Montréal, « Baccalauréat en sciences infirmières – Formation initiale – Campus Montréal », 11 novembre, 2019, <https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-sciences-infirmieres-formation-initiale-campus-montreal/structure-du-programme/>.

⁵ Université de Sherbrooke, *Op. cit.*

⁶ Université Laval, *Op. cit.*

⁷ Université de Montréal, *Op. cit.*

crédits pour le stage d'intégration d'une durée d'environ 6 mois à la fin de la formation^{8,9}. Tout au long de leur formation, ce sont les universités qui ont le mandat d'évaluer les connaissances des futures IPS-PL. Lorsque leur maîtrise est terminée, l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIIQ) exige un examen de qualification évaluant uniquement les aspects légaux et déontologiques de la profession et ce, depuis le 29 novembre 2019¹⁰.

Impact des cursus sur le choix de formation

Tant au niveau des sciences infirmières que de la médecine, les modes d'évaluation sont variés : mise en situation avec acteurs, examen théorique, évaluation de stage, etc. À la fin du parcours de premier cycle, les deux formations nécessitent la réussite d'un examen synthèse leur permettant de passer à l'étape suivante. Dans le cas des sciences infirmières, il s'agit de la pratique des soins infirmiers avant de se diriger vers la formation de 2^e cycle. Pour la médecine, il s'agit du passage à la résidence. La passation de ces examens nécessite de nombreuses heures d'étude et de préparation puisqu'il faut réviser l'ensemble des connaissances acquises durant la formation universitaire.

Le cursus médical est d'une durée variant entre 6 et 11 ans d'études post-collégiales selon le choix de spécialité de l'étudiant. Pour l'IPS-PL, il s'agit de 5 années d'université, avec comme prérequis à l'admission à la maîtrise, d'avoir exercé au minimum deux ans le métier d'infirmier, dont la moitié dans le champ de pratique de la spécialité visée. La période de formation de l'IPS s'étale donc sur un minimum de 7 ans, mais une majeure partie de sa formation n'est pas consacrée aux nouvelles compétences octroyées par le projet de loi 43.

Les étudiants en médecine se retrouvent donc devant un dilemme à la fin de leur formation : choisir la médecine familiale ou la médecine spécialisée. Dans le contexte où les IPS pourront effectuer la majorité des tâches d'un omnipraticien, les étudiants en médecine se questionnent sur la pertinence de choisir la voie de la médecine familiale après avoir consacré autant d'efforts dans leurs études et leurs évaluations. On entend déjà dans les différentes universités des étudiants dire que dans ce contexte, la pratique de la médecine spécialisée serait préférable.

La problématique de l'exposition clinique

Un des piliers fondamentaux de la formation médicale canadienne consiste en l'exposition clinique que les étudiants reçoivent. Depuis les années 1990, les différents modèles de pédagogie médicale accordent davantage d'importance à l'exposition clinique et à l'apprentissage par problème, mettant l'accent sur la résolution de problèmes en petits groupes plutôt que dans des cours magistraux classiques. La notion d'exposition clinique date d'une longue tradition. S'inspirant du modèle classique du maître et de l'apprenant, la formation médicale a subi de profonds changements depuis le début du 20^e siècle avec la publication du rapport Flexner en 1910. Malgré

⁸ Université Laval, « Maîtrise-DESS en soins de première ligne (IPSP) », janvier, 2019, https://www.fsi.ulaval.ca/sites/default/files/documents/pdf/programmes/2e-cycle/cheminement_ips-pl_05-2019.pdf.

⁹ Université Laval, « Demande d'admission au programme IPS – Attestation des heures travaillées », 11 novembre, 2019, https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/2et3cycle/Formulaire_2018_Attestation_des_heures_travaillees.pdf.

¹⁰ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, « Étudiante infirmière praticienne spécialisée (EIPS) », 11 novembre, 2019, <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/etudiante>.

tout, une partie du curriculum médical est toujours accordée à l'expérience en milieu clinique.¹¹ La communauté médicale d'aujourd'hui s'entend sur l'impact bénéfique de ces expériences sur les apprenants en considérant la qualité des milieux cliniques dans les critères de l'agrément des facultés de médecine canadienne, processus d'évaluation de la qualité d'un programme de médecine¹².

Toutefois, la pérennité de ce type de formation requiert de nombreuses ressources matérielles, financières et humaines. Pour la formation d'un médecin de famille, du début du doctorat à la fin des deux années de résidence, ces ressources se chiffrent à 348 918\$ pour le gouvernement du Québec. Pour un spécialiste, c'est entre 644 984\$ et 867 417\$ que le gouvernement devra déboursier pour la formation¹³. Ce financement est nécessaire à l'allocation des espaces d'apprentissage, mais aussi au coût important lié à l'exposition clinique: supervision, utilisation du matériel et des espaces cliniques, etc. Or, pour répondre à la pénurie des effectifs médicaux des années 2000, nous formons annuellement plus de 800 étudiants en médecine depuis 2011, en comparaison à 500 en 2000. C'est donc près de 1700 étudiants en médecine au Québec qui se retrouvent sur les planchers des hôpitaux et des cliniques pour leur externat. Ils se répartissent sur l'ensemble du territoire en fonction du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de leur université. Ces étudiants font une alternance entre différents milieux et différentes spécialités avec un parcours variant entre 60 et 72 semaines sur deux années selon l'université. Chaque étudiant doit compléter un ensemble de stages obligatoires: médecine familiale, médecine interne, chirurgie générale, pédiatrie, gynéco-obstétrique, psychiatrie, etc. Cette structure de base les oblige à explorer un éventail de spécialités tout en assurant une exposition adéquate pour préparer l'étudiant à l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC) à la fin du doctorat. Les autres stages optionnels sont organisés à la discrétion de l'étudiant et de la disponibilité des milieux pour lui permettre d'explorer ses intérêts en prévision de son choix de spécialité qu'il devra faire en dernière année du doctorat. En général, malgré un large RUIS, les étudiants réalisent la majorité de leurs stages dans la ville de leur campus d'attache en respect de la disponibilité des spécialités et dans un souci de diminuer les nombreux déplacements et l'adaptation à de nouveaux milieux pour ces étudiants.

Or, une telle augmentation des cohortes n'a pas été sans avoir un impact sur la capacité des milieux cliniques à recevoir tous ces étudiants. En effet, depuis quelques années, des prouesses organisationnelles sont mises en place pour permettre aux étudiants d'avoir un milieu clinique pouvant l'accueillir pour les stages obligatoires, les obligeant parfois à se déplacer dans des régions plus éloignées. La situation est particulièrement préoccupante pour les milieux de stage en médecine familiale. La formation en médecine familiale repose sur un modèle un peu différent des autres spécialités. Les étudiants en médecine et les médecins résidents en médecine familiale sont affiliés à un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U). Au Québec, il existe présentement 45 GMF-U¹⁴. Ces cliniques sont spécialement aménagées avec des locaux réservés

¹¹ Molly Cooke et al., « American Medical Education 100 Years after the Flexner Report », *New England Journal of Medicine* 355, n° 13 (2006): 1339-1344, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra055445>.

¹² Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada, *CACMS Standards and Elements* (Ottawa : The Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools, 2019), 1, https://cacms-cafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS_Standards_and_Elements_AY_2020-2021.pdf.

¹³ Alexis de Lancer, *Le coût des médecins*, Radio-Canada, 2:24, 10 novembre, 2019, <https://ici.radio-canada.ca/info/videos/media-7044937/le-cout-des-medecins>.

¹⁴ Collège québécois des médecins de famille, « Les Groupes de médecine de famille – universitaire », 10 novembre, 2019, <http://cqmf.qc.ca/clientele/orp/unites-medecine-familiale/>.

aux apprenants pour la supervision clinique et l'enseignement. Les médecins participants au sein de ces GMF-U s'investissent dans l'enseignement tout en prenant en charge la communauté locale. Dre Nathalie Caire Fon, directrice du département de médecine familiale de l'Université de Montréal, mentionne que les 18 GMF-U de l'université sont actuellement à pleine capacité en termes d'apprenants, ce qui inclut autant les médecins résidents en médecine familiale, les résidents occasionnels, les étudiants en médecine, les infirmières praticiennes spécialisés en première ligne (IPS-PL) et parfois même des médecins référés par le Collège des Médecins du Québec (CMQ). La situation est la même au campus de Saguenay de l'Université de Sherbrooke où l'GMF-U de Chicoutimi ne peut accueillir que 3 externes par période de stage. Selon Dre Nathalie Caire Fon et Dr Sébastien Lefebvre, médecin de famille à le GMF-U de Chicoutimi, deux problématiques sont à l'origine de cette capacité d'accueil limitée : le manque de locaux et le manque de superviseurs. De plus, pour ce qui est des cliniques médicales hors GMF-U, les frais locatifs sont trop importants pour qu'un médecin puisse se permettre d'obtenir un local où un externe en stage pourra travailler. Le réseau de formation en médecine familiale est donc présentement très limité dans sa capacité d'accueil¹⁵.

Le projet de loi n°43 entraîne des changements significatifs dans les pouvoirs octroyés aux infirmières praticiennes spécialisées. L'acte de poser un diagnostic, et donc la science du diagnostic feront désormais partie du champ de compétences de ces professionnels. Leur formation devra donc être axée en partie sur ces compétences. En ce qui concerne les IPS-PL, cela exigera davantage de ressources des GMF-U qui sont déjà impliqués dans leur formation. Alors que les capacités de ce réseau atteignent déjà leur limite en termes de capacité d'accueillir des apprenants, on s'attend à devoir augmenter prochainement les admissions en médecine pour pallier le manque d'effectifs médicaux, contribuant encore davantage à la pression sur les milieux d'enseignement. Avec l'ajout des nouvelles compétences aux IPS, on peut raisonnablement s'attendre à une majoration de l'attractivité de la formation d'IPS chez les infirmières et infirmiers. Une augmentation des cohortes au doctorat de 1er cycle en médecine et aux études de 2e cycle en sciences infirmières sans allouer davantage de ressources aux GMF-U pour soutenir leur formation conjointe aura des conséquences autant auprès des facultés de médecine qui pourraient voir leur agrément être revu à la baisse que pour les étudiants des deux professions qui ne seront pas préparés de façon adéquate à leurs futures responsabilités.

¹⁵ Guillaume Roy, dir, *La médecine de famille au cœur de la première ligne*, Montréal : Fédération médicale étudiante du Québec, 2019, 2, <http://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2019/03/Me%CC%81moire-Valorisation-Me%CC%81decine-Familiale.pdf>.

REDÉFINIR LA MÉDECINE FAMILIALE

L'augmentation des pouvoirs accordés aux IPS aura certainement un impact sur la pratique de la médecine. Le but d'une telle réforme est de désengorger le réseau de la santé en permettant à des infirmières d'exercer certains actes qui sont jusqu'à maintenant réservés aux médecins. La grande question que se pose de nombreux étudiants en médecine est de savoir quel impact ces modifications auront sur la pratique médicale. Est-ce que les IPS remplaceront les médecins de famille ? Est-ce que la tâche des médecins de famille sera modifiée pour s'adapter à la nouvelle réalité ?

À une époque où la médecine familiale se doit d'être davantage valorisée auprès des étudiants en médecine, les questionnements soulevés par l'incertitude de ce que deviendra la médecine familiale dans quelques années pourraient possiblement nuire à la valorisation de cette pratique.

Nouveaux pouvoirs accordés aux IPS

Les notes explicatives du projet de loi n°43 débutent en énonçant ce qui suit :

[c]e projet de loi modifie la Loi sur les infirmières et les infirmiers afin d'accroître les activités pouvant être exercées par les infirmières praticiennes spécialisées, en leur permettant notamment de diagnostiquer les maladies courantes, de déterminer des traitements médicaux et d'effectuer le suivi de certaines grossesses¹⁶.

Autrement dit, ce projet de loi va permettre aux infirmières praticiennes spécialisées d'effectuer des actes qui sont, jusqu'à maintenant, dans le champ de pratique exclusif des médecins. Cela est dit explicitement dans les notes explicatives : « [l]e projet de loi modifie également plusieurs lois et règlements pour, entre autres, étendre aux infirmières praticiennes spécialisées la possibilité d'effectuer certains examens ou d'accomplir certains actes réservés jusque-là aux médecins¹⁷. »

Pour mettre en application cette diversification du pouvoir des IPS, l'article 3 du projet de loi n°43 propose de modifier l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et infirmiers par le texte suivant :

36.1. L'infirmière praticienne spécialisée peut, lorsqu'elle y est habilitée par un règlement pris en application du paragraphe f du premier alinéa de l'article 14, exercer, selon les conditions et les modalités prévues par ce règlement, les activités suivantes :

- 1° diagnostiquer les maladies courantes;
- 2° prescrire des examens diagnostiques;
- 3° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 4° déterminer des traitements médicaux;
- 5° prescrire des médicaments et d'autres substances;
- 6° prescrire des traitements médicaux;
- 7° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice;
- 8° effectuer le suivi de grossesses normales ou à faible risque.

¹⁶ PL 43, Loi modifiant la Loi sur les infirmières et infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé, 1^{re} sess, 42^e lég, Québec, 2019.

¹⁷ *Ibid*

Pour l'application du paragraphe 1° du premier alinéa, on entend par « maladie courante » une maladie qui présente les caractéristiques suivantes :

- 1° une incidence élevée en fonction de la classe de spécialité de l'infirmière et, le cas échéant, de son domaine de soins;
- 2° des symptômes et des signes habituels;
- 3° une absence de détérioration significative de l'état général de la personne;
- 4° des critères diagnostiques définis, spécifiques et reconnus;
- 5° un faible potentiel de détérioration rapide;
- 6° une absence de potentiel de préjudice grave et irrémédiable¹⁸.

Comparaison avec la pratique de la médecine familiale

Lorsque l'on regarde la liste de pathologies qu'une IPS-PL sera en mesure de traiter suivant l'application du projet de loi n°43, nous réalisons qu'elles correspondent à une très grande part de la pratique quotidienne de la médecine familiale en cabinet. En effet, pour l'omnipraticien en cabinet, le suivi de maladies chroniques et le traitement de conditions aiguës bénignes (particulièrement d'origine infectieuse) occupent une bonne partie de ses journées.

La question se pose donc sur ce que deviendra la médecine familiale en comparaison à la pratique d'une IPS-PL. Malgré les critères énumérés dans l'article 3 du projet de loi n°43 pour définir ce qu'est une « maladie courante », certains critères laissent place à l'interprétation d'un point de vue médical. Si l'on analyse ces différents critères définissant le cadre des diagnostics qu'une IPS-PL peut poser et qu'on les compare à la pratique d'un médecin de famille en cabinet, on réalise que selon l'interprétation choisie, la pratique des deux professions pourrait se révéler très similaire.

« 1° une incidence élevée en fonction de la classe de spécialité de l'infirmière et, le cas échéant, de son domaine de soins » : un omnipraticien est formé pour diagnostiquer et traiter des maladies s'étendant dans l'ensemble des sphères de la médecine, de la médecine interne à la chirurgie en passant par la psychiatrie, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et autres. Cependant, deux années de résidence en médecine familiale ne sont pas suffisantes pour permettre aux médecins de famille de diagnostiquer et de traiter toutes les pathologies qu'ils rencontreront dans leur carrière. Leur formation se concentre donc sur les maladies à incidence élevée. Les omnipraticiens doivent donc référer les cas plus rares aux spécialistes qui sont mieux formés pour répondre à ces pathologies et qui ont un bassin de population leur donnant une expertise suffisante dans le domaine.

« 2° des symptômes et des signes habituels » : sur ce point, les médecins ont davantage de latitude que les IPS. En effet, plusieurs pathologies communes peuvent se présenter de manière différente à ce qui est décrit habituellement comme la symptomatologie classique. Le médecin de famille étant formé pour éliminer les diagnostics les plus graves, il est autorisé à poser un diagnostic présomptif d'une présentation atypique sur la base de la clinique.

« 3° une absence de détérioration significative de l'état général de la personne » : ce critère représente un certain flou. En effet, que définit-on comme une détérioration significative de l'état général de la personne ? Si l'on fait allusion ici à un état nécessitant une hospitalisation, les médecins de famille devront dans tous les cas référer le patient à un service d'urgence d'un centre hospitalier pour que ce patient soit admis. Dans ce cas-ci, le médecin omnipraticien en cabinet

¹⁸ *Ibid*, article 3

n'aurait pas davantage de ressources qu'une IPS-PL pour traiter le patient. Les omnipraticiens ont toujours l'option de travailler à l'urgence ou de faire de l'hospitalisation, mais la tendance ministérielle des dernières années tend plutôt à favoriser la pratique de la première ligne en cabinet.

« 4° des critères diagnostiques définis, spécifiques et reconnus » : Lorsque l'on parle de critères définis, spécifiques et reconnus, s'agit-il de critères objectivables, entre autres des résultats de laboratoire ou d'imagerie, ou il peut s'agir de critères faisant appel à l'évaluation clinique ? Cela pourrait faire une nette différence dans le nombre de problèmes de santé qu'une IPS-PL serait autorisée à traiter. Par exemple, le diagnostic de la migraine en est un exclusivement clinique, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un diagnostic que l'on pose basé sur une histoire clinique compatible, en s'assurant d'éliminer certains éléments graves ou pouvant orienter vers un autre diagnostic. Si des critères cliniques peuvent être acceptés comme étant suffisants pour permettre aux IPS de poser un diagnostic, il deviendra difficile de distinguer le travail d'une IPS-PL de celui d'un omnipraticien en cabinet.

« 5° un faible potentiel de détérioration rapide » : comme pour le critère 3°, un patient qu'un médecin de famille considère comme étant instable devra être référé à un centre hospitalier pour être mis sous observation à l'urgence ou hospitalisé. Donc encore une fois ici, les médecins de famille n'ont pas la possibilité de traiter des cas qu'une IPS serait dans l'incapacité légale de prendre en charge.

« 6° une absence de potentiel de préjudice grave et irrémédiable » : ce point s'annonce dès le départ très théorique. Dès que l'on parle de l'acte de diagnostiquer, de prescrire ou d'effectuer un traitement, il y a un risque de préjudice grave et irrémédiable ; le risque nul n'existe pas en médecine. L'erreur diagnostique est possible pour tous, que ce soit un médecin ou tout autre professionnel de la santé. Un patient atteint d'un cancer arrivera rarement en clinique avec des symptômes spécifiques de la maladie. Il est impossible de savoir d'avance comment un patient réagira à un médicament. Cependant, nous sommes conscients que tout ceci est bien rare et que la majorité des prescriptions et traitements effectués en première ligne comporte peu de préjudices graves et irrémédiables. Sachant d'emblée que ce critère ne sera pas applicable à la lettre en pratique vu l'absence de pratique sans risque, quel sera le « vrai » niveau de risque qui sera toléré ? Après tout, les médecins de famille en cabinet ont une pratique peu risquée au niveau de leurs interventions. Une très grande part des traitements considérés comme ayant un potentiel de préjudice grave et irrémédiable en médecine sont effectués par des médecins spécialistes ou des médecins de famille dans le contexte d'une salle d'urgence : intervention chirurgicale, traitement de chimiothérapie ou radiothérapie, intubation, pose de drain thoracique, etc.

Un manque d'attractivité en médecine familiale déjà présent

Pour bien comprendre pourquoi nous tenons à définir clairement la différence entre le travail d'une IPS-PL et d'un médecin de famille, il importe de comprendre quelle est la situation actuelle de l'attractivité de la médecine familiale. Pour plus de détails sur le sujet, nous vous invitons à consulter le mémoire *La médecine de famille au cœur de la première ligne* rédigé par la FMEQ en 2019¹⁹.

¹⁹ Guillaume Roy, dir, *La médecine de famille au cœur de la première ligne*, Montréal : Fédération médicale étudiante du Québec, 2019, <http://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2019/03/Me%CC%81moire-Valorisation-Me%CC%81decine-Familiale.pdf>.

Au Québec, tout étudiant qui gradue en médecine doit passer à travers un programme de résidence. Le résident est un individu qui a obtenu son diplôme de médecine et qui a le droit de diagnostiquer, de prescrire et de poser des actes médicaux, mais sous la supervision de médecins-patrons. Les postes en résidence sont déterminés par le gouvernement du Québec, sous la recommandation de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. Depuis quelques années, en se basant sur des projections actuarielles du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le consensus est qu'il faut que 55% des postes de résidence soient attribués en médecine familiale, dans le but de combler les besoins en médecin de famille au Québec sur un horizon de 20 ans.

Or, en 2018, seulement 32% des étudiants en médecine ont choisi d'opter pour la médecine familiale comme premier choix de résidence²⁰. Il n'en demeure pas moins qu'avec le nombre restreint de postes de résidence, une très grande portion des 55% de postes en médecine familiale est comblée. Cependant, cela implique que plus de 20% des diplômés pratiqueront dans une discipline qui n'était pas leur choix premier.

Lors d'un sondage effectué auprès de plus de 850 étudiants en médecine du Québec en 2019, 36% ont répondu que le type de champ de pratique des médecins de famille était un élément qui leur déplaisait dans cette discipline²¹. De plus, 35% des répondants ont affirmé que leur intérêt envers la médecine familiale serait augmenté si la diversité des pathologies pouvant être traitées par un médecin de famille était augmentée²². Autrement dit, plus du tiers des étudiants en médecine du Québec trouve que la médecine familiale est moins intéressante parce qu'elle n'est pas en mesure de prendre en charge autant de pathologies que la médecine spécialisée.

Réflexions des étudiants en médecine

Avec l'introduction des mesures législatives proposées dans le projet de loi n°43, plusieurs étudiants en médecine nous ont souligné certaines de leurs inquiétudes. Plusieurs se demandent quel sera l'avantage d'avoir étudié longuement dans un programme de 200 crédits universitaires, sans compter deux ans de résidence, et d'avoir eu à passer autant d'examens nationaux pour qu'ultimement, le travail des médecins de famille soit similaire à celui des IPS-PL, qui n'ont pas la même formation.. Faute d'avoir une idée concrète de la manière dont sera appliqué l'article 3 du projet de loi, les interrogations demeurent. Si les IPS prennent en charge les cas les plus simples et qu'on réfère aux spécialistes les cas plus complexes, de quelle façon est-ce que la médecine familiale pourra faire valoir son expertise?

Cette incertitude rebutera peut-être encore davantage les étudiants en médecine à choisir cette profession, alors même que le Québec a un manque criant de médecins de famille. D'autre part, qu'en sera-t-il des besoins d'effectifs médicaux en médecine familiale ? Pour l'instant, les modèles actuariels présentés par le MSSS pour la planification des effectifs médicaux nous invitent à poursuivre une répartition de 55% des postes de résidence à la médecine familiale, tout en augmentant de manière significative le nombre d'admissions en médecine pour combler les besoins populationnels dans le futur. Or, le modèle actuel n'inclut aucunement l'impact qu'aura un nombre

²⁰ *Ibid.*, p.7.

²¹ *Ibid.*, p.48.

²² *Ibid.*, p.48.

grandissant d'IPS dans le réseau de la santé. Dans le contexte où le coût de formation des médecins est très important, mieux vaut bien prévoir les besoins en effectifs pour le bien des finances publiques.

CONCLUSION

Pour combler l'important déficit que l'on retrouve actuellement dans les services de santé au Québec, l'augmentation des pouvoirs des IPS arrive comme une bouffée d'air frais. En mettant de l'avant une telle collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières, nous arriverons à améliorer l'accès aux soins pour la population québécoise.

Cependant, ce changement de rôle des IPS doit se faire en considérant son impact sur l'éducation médicale. Davantage de ressources devront être attribuées aux milieux de stage médicaux pour permettre autant aux étudiants en médecine qu'aux IPS et aux résidents en médecine d'être exposés suffisamment. Cela est d'autant plus vrai en médecine familiale où l'on retrouve déjà un problème d'exposition significatif pour les étudiants en médecine.

L'incertitude concernant le champ de pratique réel des IPS, tout particulièrement des IPS-PL, demandera également une redéfinition du rôle du médecin de famille. À une époque où il est déjà de valoriser suffisamment la médecine familiale, le questionnement sur la différence entre le rôle des IPS-PL et des médecins de famille pourrait peut-être amener plusieurs étudiants à se questionner sur ce choix de carrière. De plus, il faudra assurément considérer l'impact positif des IPS sur la couverture en santé de la population québécoise et en prendre compte dans nos projections d'effectifs médicaux.

C'est pourquoi nous suggérons les pistes de solution suivantes pour permettre l'application du projet de loi n°43 tout en diminuant l'impact sur l'éducation médicale et la valorisation de la médecine familiale :

- D'augmenter le financement par tête donné aux facultés de médecine pour la formation des étudiants en médecine;
- De favoriser la diversification des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et l'implication de centres hospitaliers non-universitaires dans la formation des externes.
- D'inciter la collaboration entre les programmes de formation en médecine et en soins infirmiers spécialisés de manière à optimiser l'accessibilité aux stages pour les deux formations;
- Favoriser la collaboration entre les différents professionnels pour l'enseignement des deux cursus;
- De faciliter le travail en GMF-U pour les médecins de famille et d'ajouter des postes régionaux d'effectifs médicaux (PREM) au sein de ces GMF-U pour augmenter leur capacité d'accueillir des apprenants;
- De travailler avec les facultés de médecine pour augmenter le nombre de GMF-U dans la province.

Nous espérons voir ces recommandations mises en application, nous permettant d'optimiser la collaboration entre le corps médical et les infirmières praticiennes spécialisées, pour le mieux de la population québécoise.

BIBLIOGRAPHIE

- Collège québécois des médecins de famille. « Les Groupes de médecine de famille – universitaire ». 10 novembre, 2019. <http://cqmf.qc.ca/clientele/orp/unites-medecine-familiale/>.
- Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada. *CACMS Standards and Elements*. Ottawa : The Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools, 2019. https://cacms-cafmc.ca/sites/default/files/documents/CACMS_Standards_and_Elements_AY_2020-2021.pdf.
- Le Conseil médical canadien, « EACMC, partie 1 », 11 novembre, 2019, <https://mcc.ca/fr/examens/eacmc-partie-i/>.
- Cooke, Molly et al. « American Medical Education 100 Years after the Flexner Report ». *New England Journal of Medicine* 355, n° 13 (2006): 1339-1344. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra055445>.
- de Lancer, Alexis. *Le coût des médecins*, Radio-Canada, 2:24. 10 novembre, 2019. <https://ici.radio-canada.ca/info/videos/media-7044937/le-cout-des-medecins>.
- PL 43, Loi modifiant la Loi sur les infirmières et infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé, 1^{re} sess, 42^e lég, Québec, 2019.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, « Étudiante infirmière praticienne spécialisée (EIPS) », 11 novembre, 2019, <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/etudiante>.
- Roy, Guillaume, dir. *La médecine de famille au cœur de la première ligne*. Montréal : Fédération médicale étudiante du Québec, 2019. <http://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2019/03/Me%CC%81moire-Valorisation-Me%CC%81decine-Familiale.pdf>
- Université de Montréal, « Baccalauréat en sciences infirmières – Formation initiale – Campus Montréal », 11 novembre, 2019, <https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-sciences-infirmieres-formation-initiale-campus-montreal/structure-du-programme/>.
- Université de Sherbrooke, « Baccalauréat en sciences infirmières », 11 novembre, 2019, <https://www.usherbrooke.ca/admission/programme-pdf/293/baccalaureat-en-sciences-infirmieres/>.
- Université Laval, « Cheminement sur 3 ans (8 sessions) au baccalauréat en sciences infirmières – formation initiale (105 crédits) », 11 novembre, 2019, https://www.fsi.ulaval.ca/sites/default/files/documents/pdf/programmes/1er-cycle/cheminement_type_formation_initiale_3_4_ans.pdf.
- Université Laval, « Demande d'admission au programme IPS – Attestation des heures travaillées », 11 novembre, 2019, https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/2et3cycle/Formulaire_2018_Attestation_des_heures_travaillees.pdf.