



Institut de recherche  
et d'informations  
socioéconomiques

CSSS – 004M  
C.P. – P.L. 43  
Loi sur les infirmières  
et les infirmiers

Novembre 2019

Mémoire sur le projet de loi n° 43 déposé à la Commission de la santé et des services sociaux

## Projet de Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé

Anne Plourde  
*chercheuse à L'IRIS*

---

*L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur-e-s se positionne sur les grands enjeux socioéconomiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.*

*Anne Plourde est chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) et détient un doctorat en science politique. Elle est spécialiste des politiques sociales et de santé au Québec. Au cours des dernières années, ses recherches ont porté sur l'accès aux services sociosanitaires de première ligne et sur l'organisation de ces services (CLSC, GMF), ainsi que sur les réformes récentes du réseau de la santé et des services sociaux. Elle est également l'auteurice d'une fiche technique sur les infirmières praticiennes spécialisées (IPS).*

## Analyse du Projet de loi 43

Le *Projet de loi n°43 modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (PL43) constitue une avancée intéressante, mais nettement insuffisante vers une plus grande autonomie professionnelle pour les IPS. Dans son état actuel, ce projet de loi aura un impact limité sur l'accès aux services de santé. De plus, sur le plan économique, il est susceptible de perpétuer le gaspillage de fonds publics que représente la rémunération médicale découlant des ententes de partenariat entre les IPS et les « médecins partenaires ».

Sur ce dernier point, une recherche récente publiée par l'IRIS (jointe en annexe) a exposé les coûts considérables (et croissants) associés à la surveillance médicale de la pratique des IPS. Actuellement, cette pratique est régie par le Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées (chapitre M-9, r. 23.1) imposant à chaque IPS de conclure une « entente de partenariat » avec un ou plusieurs médecins qui, en vertu de cette entente, sont alors responsables de surveiller la pratique médicale de l'IPS. Chaque « acte » de surveillance effectué est rémunéré, pour un maximum de plus de 32 000 \$ par année versé aux médecins partenaires pour chaque IPS.

Considérant la croissance du nombre d'IPS prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui vise 2000 IPS en fonction en 2026-2027, nous avons calculé qu'à cette date, le coût annuel de la surveillance médicale des IPS atteindra plus de 55 M\$. D'ici 2027, si rien n'est fait pour éliminer les coûts associés à la surveillance médicale, les « médecins partenaires » accumuleront près de 265 M\$ en rémunération pour cette surveillance.

À cet égard, le PL43 marque un progrès en ce qu'il abolit à l'article 46 le Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées adopté par le Collège des médecins sous l'autorité de la Loi médicale (chapitre M-9) et qu'il transfère à l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) le pouvoir d'élaborer et d'adopter les règlements déterminant les modalités et les conditions d'exercice de la pratique des IPS. Cependant, deux dispositions du PL43 restent particulièrement problématiques.

Tout d'abord, l'article 2 du PL43 prévoit que dans l'élaboration des règlements régissant la pratique des IPS, l'OIIQ doit obligatoirement consulter le Collège des médecins. S'il est légitime que l'OIIQ consulte les ordres professionnels qu'il juge appropriés selon les cas, la disposition qui impose de consulter le Collège des médecins attribue à ce dernier une influence considérable sur les décisions prises par l'OIIQ.

Or, l'élaboration du futur règlement qui remplacera celui aboli par l'article 46 du PL43 est un enjeu crucial puisque c'est ce règlement qui déterminera le degré d'autonomie réellement atteint par les IPS. Le pouvoir d'influence accordé au Collège des médecins dans son processus d'élaboration augmente les risques de voir reconduites dans le nouveau règlement les dispositions imposant une entente de partenariat et une surveillance médicale de la pratique médicale des IPS (ainsi que, par extension, la rémunération qui lui est associée).

D'autre part, le PL43 vise à « accroître les activités pouvant être exercées par les infirmières praticiennes spécialisées en leur permettant notamment de diagnostiquer les maladies courantes ». Cependant, l'article 3 du PL43 impose six critères de définition des maladies courantes qui limitent inutilement l'autonomie et le champ de pratique des IPS ; ces limites sont susceptibles de reconduire les problèmes actuels et d'avoir plusieurs effets contraires aux objectifs

du PL43 : faibles gains en termes d'accès aux services de première ligne, possibilités limitées de prises en charge par les IPS, nécessité de référer de nombreux cas aux médecins, multiplication des dédoublements et, enfin, reconduction d'ententes de partenariat contraignantes imposant une surveillance médicale de la pratique des IPS (et des coûts qui lui sont associés).

Or, on voit mal ce qui justifie les limites imposées par le PL43 sur-le-champ de pratique des IPS, notamment en ce qui concerne les pouvoirs diagnostiques qui leur sont attribués. En effet, les IPS québécoises sont les mieux formées au Canada (tant pour le nombre d'heures de stage clinique que pour le nombre de crédits universitaires de cycle supérieur requis par la formation). De plus, alors que la formation des IPS du reste du Canada est moins approfondie qu'au Québec, la plupart des autres provinces canadiennes n'imposent ni de surveillance médicale formelle, ni de telles limites sur les pouvoirs diagnostiques des IPS : dans plusieurs provinces, ces pouvoirs ne sont pas restreints aux maladies courantes et c'est l'IPS qui détermine, sur la base de son jugement professionnel, lorsqu'une référence à un médecin est nécessaire.

### **Recommandations**

Afin de permettre au PL43 d'atteindre pleinement ses objectifs d'amélioration de l'accès aux soins de santé de première ligne et pour éviter de perpétuer le gaspillage de fonds publics généré par la surveillance médicale, nous recommandons :

- 1) de supprimer « , notamment le Collège des médecins du Québec » au paragraphe 2° de l'article 2 ;
- 2) à l'article 3, de supprimer le mot « courantes » au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 36.1 modifié par le PL43 ;
- 3) à l'article 3, de supprimer le deuxième alinéa de l'article 36.1 modifié par le PL43 , soit le passage suivant :

« 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 irrémédiable. »

## REGARDS SUR LA CAQ — FICHE TECHNIQUE

# Les nouveaux pouvoirs des « superinfirmières » sont-ils suffisants ?

ANNE PLOURDE  
chercheuse à l'IRIS

## PROPOSITION

Le 18 février dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, a annoncé vouloir élargir les pouvoirs des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en leur permettant de poser certains diagnostics sans qu'il soit nécessaire pour les patient.e.s de consulter leur médecin dans les trente jours suivants. Une IPS est une infirmière qui, grâce à sa formation universitaire de deuxième cycle (maîtrise), jouit d'un champ de pratique plus étendu que les infirmières cliniciennes (détentrices d'un baccalauréat) et peut exercer certaines activités médicales traditionnellement réservées aux médecins.

D'abord fortement réticent, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a fait volte-face et adopté le 22 février 2019 une résolution stipulant que les IPS « pourront diagnostiquer un problème de santé courant en lien avec leur spécialité » ainsi que six maladies chroniques.

Cette avancée importante s'inscrit dans les priorités du gouvernement caquiste en matière de santé : désengorger les urgences en améliorant l'accès aux services de santé de première ligne (médecine familiale, soins courants, etc.), ce qui passe notamment, selon la ministre McCann, par une plus grande autonomie pour les IPS. Au lendemain de la décision du CMQ, elle a d'ailleurs exprimé le désir d'aller encore plus loin, présentant



## Faits saillants

- 02 Après une croissance très lente entre 2008 et 2017, le gouvernement s'est doté d'objectifs ambitieux pour accroître le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) au Québec, nombre qui devrait quintupler d'ici 2026-2027.
- 06 Malgré les décisions récentes ayant élargi le champ de pratique des IPS québécoises, celles-ci restent parmi les seules au Canada dont les activités médicales doivent être surveillées par les médecins, et ce, bien que leur niveau de formation soit plus élevé que dans toutes les autres provinces.
- 10 Dans le cas des médecins en cabinets privés, les incitatifs financiers qui leur sont versés pour surveiller les IPS et pour les accueillir dans leurs cliniques atteignent plus de 62 000 \$ par année, soit davantage que le salaire annuel de certaines IPS.
- 16 Avec la croissance prévue du nombre d'IPS, les incitatifs financiers versés à l'ensemble des médecins « partenaires » d'une IPS pourraient atteindre près de 100 M\$ par année en 2026-2027 et totaliser plus d'un demi-milliard de dollars en dix ans (de 2017 à 2027).

## Table des matières

Proposition	1
Mise en contexte	2
Impacts anticipés	3
Recommandations	4

cette victoire comme une « première étape<sup>1</sup> ». Quelles avenues s’offrent au gouvernement pour permettre aux IPS de déployer leur plein potentiel ?

## MISE EN CONTEXTE

### Évolution du nombre d’IPS

- Le graphique 1 indique qu’entre 2008 et 2017, le nombre d’IPS a progressé très lentement au Québec, avec une moyenne de 45 nouvelles IPS par année. En comparaison, le nombre d’IPS en Ontario a augmenté en moyenne de 235 par année durant la même période, creusant l’écart avec le Québec. Le Québec est passé de moins d’une IPS pour 100 000 habitant.e.s en 2008 à 5 IPS pour 100 000 habitant.e.s en 2017, un niveau bien inférieur aux 22 IPS pour 100 000 habitant.e.s de la province voisine. En fait, le Québec se distinguait encore en 2017 comme la province au plus faible taux d’IPS par habitant.e au Canada<sup>2</sup>.
- La volonté d’accorder une place plus importante aux IPS a précédé le gouvernement caquiste. En 2014, le gouvernement libéral avait pris l’engagement de porter à 2000 le nombre d’IPS au Québec d’ici 2024-2025. Conséquemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s’est doté en 2017 d’un plan pour accélérer considérablement leur croissance dans la province.
- À partir des objectifs du MSSS concernant le nombre d’IPS en formation pour les années 2016-2017 à 2024-2025<sup>3</sup>, on peut estimer que le nombre d’IPS en fonction sera de 2549 en 2026-2027, soit plus de 5 fois le nombre actuel. Une telle progression permettrait d’atténuer l’écart avec l’Ontario : nos projections indiquent que le Québec atteindrait 28 IPS par 100 000 habitant.e.s en 2026-2027 contre 33 pour l’Ontario.

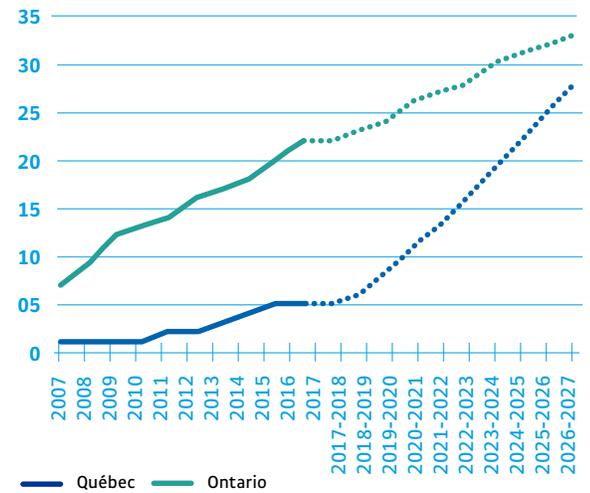
### Niveau de formation et autonomie

- Le gouvernement caquiste hérite également des décisions du gouvernement précédent ainsi que de celles des ordres professionnels en ce qui concerne le niveau d’autonomie des IPS. En février 2018, l’adoption de nouveaux règlements avait permis d’élargir les activités médicales des IPS<sup>4</sup>.
- Cependant, les lignes directrices concernant les IPS adoptées conjointement par le CMQ et par l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au mois d’avril suivant rappellent que « l’IPSPL doit obligatoirement travailler en partenariat avec un ou plusieurs médecins » et que « le médecin partenaire exerce une surveillance générale [...] des activités médicales de l’IPSPL<sup>5</sup> ».
- Malgré le fait que les IPS québécoises sont celles qui, au Canada, reçoivent la formation la plus approfondie, le Québec est la seule province avec l’Île-du-Prince-Édouard (où la formation est cependant moins exhaustive) à imposer aux IPS une surveillance médicale formelle de leurs activités médicales (voir

- Patricia CLOUTIER, « Infirmières praticiennes spécialisées : McCann veut aller plus loin », *Le Soleil*, 25 février 2019, [www.lesoleil.com/actualite/sante/infirmieres-praticiennes-specialisees-mccann-veut-aller-plus-loin-e5ad5dd67f858fb2b5856b277a61c6cb](http://www.lesoleil.com/actualite/sante/infirmieres-praticiennes-specialisees-mccann-veut-aller-plus-loin-e5ad5dd67f858fb2b5856b277a61c6cb).
- Damien CONTANDRIOPOULOS et autres, *La pratique des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Canada*, Montréal, Chaire de recherche Pocosa, 2017.
- MSSS, *Formation de 2000 IPS d’ici 2024-2025 - Fiche technique*, 2017, [www.msss.gouv.qc.ca/incj/documents/ministere/salle-de-presse/Fiche\\_technique\\_IPS.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/incj/documents/ministere/salle-de-presse/Fiche_technique_IPS.pdf).
- OIIQ « IPS : entrée en vigueur de nouveaux règlements », Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec, [www.oiiq.org/ips-entree-en-vigueur-de-nouveaux-reglements](http://www.oiiq.org/ips-entree-en-vigueur-de-nouveaux-reglements) (consulté le 11 avril 2019).
- CMQ et OIIQ, *Pratique clinique de l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : lignes directrices*, 2018, p. 10 et 37, [www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-05-08-fr-lignes-dir-ips-premiere-ligne.pdf](http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-05-08-fr-lignes-dir-ips-premiere-ligne.pdf). Les IPSPL sont des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. Puisqu’elles représentent la grande majorité des IPS au Québec et pour éviter d’alourdir le texte, nous utilisons le terme IPS pour désigner indifféremment les IPSPL et l’ensemble des IPS.

Graphique 1

### Évolution du nombre d’IPS par 100 000 habitant.e.s Québec et Ontario



SOURCES : Institut canadien d’information sur la santé, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada : profils provinciaux, 2008 à 2017 - tableaux de données*, 2019 ; projections calculées à partir des documents : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Rapport statistique sur l’effectif infirmier 2017-2018, 2018* ; MSSS, *Formation de 2000 IPS d’ici 2024-2025 - Fiche technique*, 2017 ; Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038)*, mai 2015.

Tableau 1

### Niveau de formation et de surveillance médicale des IPS par province

Province	Heures de stage clinique	Crédits de formation post-baccalauréat	Supervision médicale
Terre-Neuve et Labrador	Environ 700 heures	Moins de 44	Informelle
Île-du-Prince-Édouard	Environ 700 heures	Entre 44 et 59	Formelle avec incitatifs financiers
Nouvelle-Écosse	Environ 700 heures	Entre 44 et 59	Informelle
Nouveau-Brunswick	Environ 700 heures	Moins de 44	Informelle
Manitoba	Environ 700 heures	Entre 44 et 59	Non nécessaire
Saskatchewan	Environ 700 heures	Plus de 60	Informelle
Colombie-Britannique	Environ 700 heures	Entre 44 et 59	Non nécessaire
Alberta	Environ 700 heures	Plus de 60	Informelle
Ontario	Moins de 400 heures	Entre 44 et 59	Non nécessaire
Québec	900 heures ou plus	Plus de 60	Formelle avec incitatifs financiers

SOURCE : Damien CONTANDRIOPOULOS et autres, *La pratique des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Canada*, Montréal, Chaire de recherche Pocosa, 2017.

le tableau 1). Dans plusieurs provinces, seule une surveillance informelle est requise alors que, dans trois d'entre elles, aucune surveillance n'est nécessaire malgré des exigences de formation moins élevées qu'au Québec.

- 07 Non seulement cette surveillance médicale réduit-elle la marge de manœuvre des IPS et accapare-t-elle inutilement les médecins mais, puisqu'elle s'accompagne d'incitatifs financiers pour ces derniers, elle a aussi un coût qui n'est pas négligeable.

### Les coûts de la « surveillance » médicale

- 08 Les « modalités de rémunération du médecin partenaire » pour ses activités de surveillance de la pratique d'une IPS – ce qui inclut « les discussions de cas, les rencontres d'équipes, la révision de dossiers » – sont régies par la *Lettre d'entente n° 229* signée en février 2011 par l'ancien ministre libéral Yves Bolduc et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)<sup>6</sup>. Ces modalités sont résumées dans le tableau 2.
- 09 Le premier constat est que les coûts de la surveillance médicale en cabinets privés sont près de trois fois plus élevés qu'en établissements publics. Cette différence importante dans la rémunération des médecins en cabinets et en établissements est la norme et on la justifie habituellement par les frais d'exploitation (loyer, connexion internet et ligne téléphonique, matériel médical et de bureau, etc.) que les premiers doivent absorber.
- 10 Or, dans le cas des médecins qui pratiquent en cabinets privés et qui accueillent une IPS dans leurs locaux, on prévoit une allocation mensuelle supplémentaire de 2500 \$ pour couvrir les frais d'exploitation liés à la présence de l'IPS dans la clinique. À cela s'ajoute également, dans le cas des GMF, un financement supplémentaire substantiel qui vise également à couvrir leurs frais d'exploitation<sup>7</sup>. Ces frais sont donc triplement financés par le MSSS.
- 11 Si on ajoute l'allocation de 2500 \$ pour les frais d'exploitation aux coûts de la surveillance médicale, on constate que les médecins en cabinets privés reçoivent plus de 62 000 \$ annuellement pour accueillir et « surveiller » chaque IPS. C'est plus de cinq fois le montant reçu par les médecins en établissements publics, et c'est davantage que le salaire annuel des IPS se situant aux six premiers échelons (sur 18) de leur échelle salariale (voir graphique 2).

### IMPACTS ANTICIPÉS

- 12 Les bénéfices du recours aux IPS concernant l'accessibilité et la qualité des soins sont démontrés dans une abondante littérature<sup>8</sup>. On peut donc s'attendre à ce que l'augmentation significative du nombre d'IPS visée par le MSSS et l'élargissement de leurs pouvoirs aient des impacts positifs notables pour les usagères et les usagers du réseau de la santé.
- 13 Toutefois, dans le cadre réglementaire restrictif du Québec qui impose une surveillance médicale de la pratique des IPS, on peut anticiper une sous-utilisation des compétences de ces dernières, des bénéfices réduits en termes d'accès aux médecins (qui sont inutilement accaparés par ces exigences de surveillance) et une explosion des coûts pour la rémunération et les frais

6 *Lettre d'entente n° 229*, Régie de l'assurance maladie du Québec, [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/parteneriat-infirmiere-praticienne-specialisee/LE229/Pages/Lettre-entente-229.aspx](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/parteneriat-infirmiere-praticienne-specialisee/LE229/Pages/Lettre-entente-229.aspx) (consulté le 11 avril 2019).

7 Anne PLOURDE, *CLSC ou GMF – Comparaison des deux modèles et impacts du transfert de ressources*, Note socioéconomique, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), mai 2017, p. 7-8, [www.cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note\\_CLSC\\_02.pdf](http://www.cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_CLSC_02.pdf).

8 CONTANDRIOPOULOS, *op. cit.*; Geneviève McCREADY et Lucie-Catherine OUMET, « Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec », *Aporia*, vol. 10, n° 1, 2018, p. 34-45.

Tableau 2

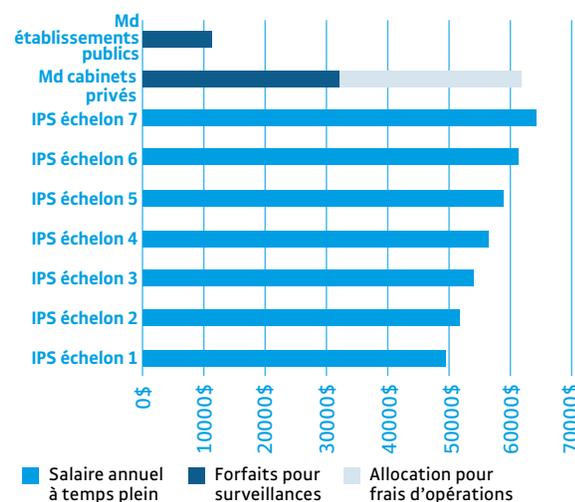
### Coût de la surveillance médicale et des frais d'exploitation des médecins pour chaque IPS

Type d'établissement		Privé (GMF ou autres)	Public (CLSC ou GMF-U)
Forfaits pour surveillance	Par acte de surveillance	63,80 \$	22,30 \$
	Par mois (maximum 42 forfaits)	2 679,60 \$	936,60 \$
	Par année	32 155,00 \$	11 239,20 \$
Allocation pour frais d'exploitation	Par mois	2 500 \$	S.O.
	Par année	30 000 \$	S.O.
Total	Par mois	5 179,60 \$	936,60 \$
	Par année	62 155,20 \$	11 239,20 \$

SOURCE : Régie de l'assurance maladie du Québec, *Lettre d'entente n° 229*.

Graphique 2

### Coût annuel de la surveillance médicale et des frais d'exploitation des médecins pour chaque IPS vs salaire annuel d'une IPS



SOURCES : Régie de l'assurance maladie du Québec, *Lettre d'entente n° 229* et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Convention collective juillet 2016-mars 2020*.

d'exploitation des médecins « partenaires » d'une IPS.

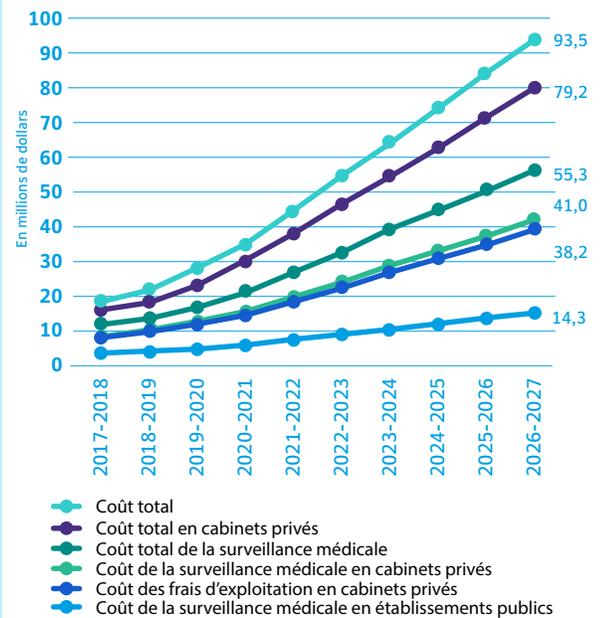
- 14 Le graphique 3 montre comment évolueront ces coûts si les objectifs du MSSS concernant le nombre d'IPS en formation se réalisent. Nos projections sont basées sur l'hypothèse d'une répartition des IPS à 50 % dans les GMF et à 50 % dans les CLSC, ce qui correspond aux intentions du Ministère<sup>9</sup>.
- 15 Selon ces projections, le coût annuel total de la surveillance médicale des IPS devrait atteindre 55,3 M\$ en 2026-2027, dont 41 M\$ seront accaparés par les médecins en cabinets privés. Si on ajoute les allocations pour les frais d'exploitation liés à la présence des IPS dans les milieux privés, ce sont à terme 79,2 M\$ qui seront versés chaque année aux médecins en cabinets privés pour surveiller et accueillir les IPS dans leurs locaux.
- 16 Au total, près de 100 M\$ (93,5 M\$) seront distribués annuellement aux médecins « partenaires » des IPS à partir de 2026-2027. Selon ces estimations, *c'est plus d'un demi-milliard de dollars (513,3 M\$) que les médecins auront accumulés sur dix ans (entre 2017 et 2027) pour la surveillance des IPS et les frais d'exploitation associés (graphique 4).*

## RECOMMANDATIONS

- 17 La proposition du gouvernement caquiste d'élargir les pouvoirs des IPS en leur permettant de poser des diagnostics est un pas dans la bonne direction, mais nous recommandons d'aller plus loin.
- 18 Sur la base de l'expérience des autres provinces canadiennes et du niveau de formation des IPS québécoises, nous recommandons d'abolir l'exigence de surveillance médicale de la pratique des IPS. En plus de libérer du temps pour les médecins, une telle mesure permettrait d'économiser des coûts annuels croissants qui atteindront plus de 55 M\$ en 2026-2027.
- 19 Nous recommandons également de mettre fin à l'allocation mensuelle pour les frais d'exploitation liés à la présence des IPS dans les cabinets privés. Rien ne justifie une telle allocation, surtout dans le cas des GMF, où les frais d'exploitation sont déjà doublement financés par une rémunération à l'acte fortement bonifiée et par des subventions du MSSS. Les économies annuelles totales générées par ces deux mesures, qui pourraient être de 34,6 M\$ dès 2020-2021, atteindraient plus de 93 M\$ par année à partir de 2026-2027, pour un total de près de 450 M\$ entre 2020 et 2027.
- 20 Nous recommandons finalement d'utiliser ces montants pour accélérer la formation de nouvelles IPS. Le MSSS pourrait ainsi espérer égaler non seulement l'Ontario, mais aussi les États-Unis, où l'on compte plus de 40 IPS par 100 000 habitant.e.s.<sup>10</sup>.

Graphique 3

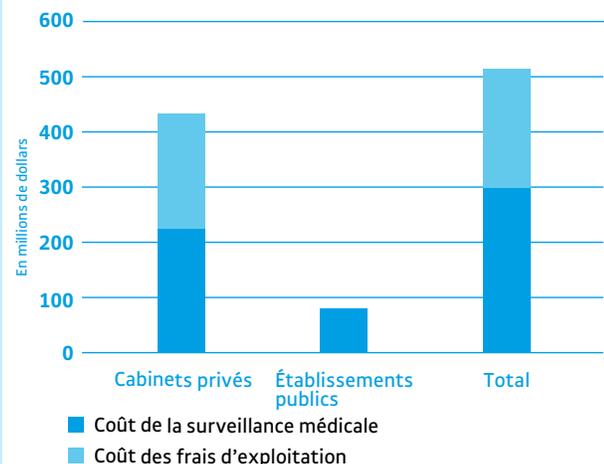
### Évolution projetée du coût annuel de la surveillance médicale et des frais d'exploitation des médecins pour les IPS



SOURCES : Projections calculées à partir de Régie de l'assurance maladie du Québec, Lettre d'entente n° 229 ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018, 2018 ; MSSS, Formation de 2000 IPS d'ici 2024-2025 - Fiche technique, 2017.

Graphique 4

### Coût total sur dix ans de la surveillance médicale et des frais d'exploitation des médecins pour les IPS (2017-2027)



SOURCES : Projections calculées à partir de Régie de l'assurance maladie du Québec, Lettre d'entente n° 229 ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018, 2018 ; MSSS, Formation de 2000 IPS d'ici 2024-2025 - Fiche technique, 2017.

9 MSSS, *Établissements ciblés pour les étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne pour l'année 2018-2019*, décembre 2017, [www.aipsq.com/images/%C3%89tablissements\\_cibl%C3%A9s\\_-\\_2018-2019.pdf](http://www.aipsq.com/images/%C3%89tablissements_cibl%C3%A9s_-_2018-2019.pdf).

10 CONTANDRIOPOULOS, *op. cit.*