



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

Guide de l'AMPQ sur la pratique des psychiatres avec les infirmières praticiennes spécialisées

*Vers une collaboration interprofessionnelle harmonieuse,
pertinente et en toute confiance*

Préparé par Dre Évelyne Thuot, administratrice sur le CA de l'AMPQ

Dre Emmanuelle O'Bomsawin, administratrice sur le CA de l'AMPQ

Dre Amal Abdel-Baki, administratrice sur le CA de l'AMPQ

En collaboration avec l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec

Mai 2026

Mise en contexte

Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sont des infirmières de pratique avancée, nécessitant une formation de deuxième cycle, et ayant été intégrées à nos modèles de soins au Québec en 1994 par le domaine de la néonatalogie. En mars 2026, il y avait 177 IPSSM (santé mentale) dans divers milieux cliniques qui ont débuté leur pratique à ce jour. Leur intégration s'est accompagnée d'un engagement actif des psychiatres dans leur formation, leur supervision et leur accueil au sein des équipes. Déjà, ces professionnelles jouent un rôle significatif dans l'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale.

Cette collaboration interprofessionnelle, souvent saluée pour sa complémentarité, s'est avérée bénéfique pour les patients, les équipes et les établissements. Le soutien budgétaire distinct accordé aux IPSSM est également perçu comme un levier facilitant leur intégration.

Certains membres ont néanmoins exprimé un besoin d'information, et des questionnements légitimes quant à la place actuelle et future de cette pratique rapidement émergente dans notre système de santé.

Ce guide a été élaboré par l'AMPQ pour ses membres avec les objectifs suivants :

- de transmettre de l'information à ses membres et les outiller sur la pratique IPS;
- de clarifier les questionnements déjà reçus;
- de présenter des premières pistes de collaboration, qui pourront être développées dans le futur.

Nous avons aussi entamé des échanges avec l'Association des IPS du Québec (AIPSQ), dans un but d'écoute de nos préoccupations mutuelles, et dans l'espoir de travailler ensemble ces enjeux.

L'évolution de la pratique des IPSSM ne modifie pas la nature de la psychiatrie ni le rôle central du psychiatre dans le diagnostic médical complexe et les situations à risque. Elle vise plutôt à mieux organiser les trajectoires de soins afin que l'expertise psychiatrique soit mobilisée là où elle est essentielle.

La situation sur la pratique infirmière avancée au Québec changeant régulièrement, nous vous encourageons à contre-vérifier au besoin avec les parutions du CMQ et de l'OIIQ. Le guide de l'OIIQ *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique : Lignes directrices* est un outil régulièrement mis à jour sur le cadre du champ de pratique.

Table de matières

1. La pratique infirmière avancée
2. Observations reçues des membres

Informations sur la pratique infirmière avancée

3. Historique de la pratique infirmière avancée
4. La pratique infirmière avancée au Québec
5. La formation requise
6. Le cadre législatif
7. Outils de gouvernance et entente de collaboration
8. Outils de vigie de la pratique
9. Préoccupations sur compétence ou faute professionnelle

Notre réflexion, nos constats

10. Littérature sur la pratique infirmière avancée
11. Controverses et résistances
12. Y a-t-il un recul des postes IPS ?
13. Constats de l'AMPQ et recommandations
14. L'implantation des IPSSM et la consultation spécialisée en psychiatrie
15. Les bons coups
16. Pratique IPS et CNESST
17. IPS-PL
18. Conclusion
19. Bibliographie

Annexes :

1. Sondage aux membres sur la pratique IPSSM
2. Exemple de guide de collaboration entre IPSSM et psychiatre

Liste des acronymes

AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
AMPQ	Association des médecins-psychiatres du Québec
ASQ	Agence Santé Québec
CMQ	Collège des médecins du Québec
DSI	Direction des soins infirmiers
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
IPSSA	Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
IPSSP	Infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques
LII	Lois sur les infirmières et les infirmiers
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Office des professions du Québec

1. La pratique infirmière avancée

D'entrée de jeu, il impose d'essayer de clarifier le rôle des IPS, par rapport aux médecins. Le rôle des IPS peut être difficile à concevoir clairement, et est souvent assimilé à tort à celui de médecin-résident. Issues d'une formation en sciences infirmières fondée sur des principes distincts mais complémentaires de ceux de la médecine, les IPS sont des professionnelles autonomes.

Quelques caractéristiques appréciées de leur profession souvent mises de l'avant :

- Une approche holistique, centrée sur la personne dans sa globalité ;
- Une souplesse permettant une meilleure accessibilité aux soins dans certains contextes (ex. soins de proximité, milieux ruraux) ;
- Un souci particulier pour la prévention (dépistage, éducation à la santé) ;
- Une collaboration interdisciplinaire se voulant plus simple et moins hiérarchisée ;
- Un leadership accru dans le domaine infirmier : par exemple, rôle de mentorat auprès des infirmières, support à l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers ;
- Une latitude temporelle pour les situations complexes, favorisée par leur mode de rémunération ;
- Une fluidité accrue dans les trajectoires de soins.

En somme, les IPS ne remplacent pas les médecins, mais les complètent en apportant une expertise ciblée, une présence renforcée et une capacité à améliorer l'accès et la coordination des soins.

Dans le futur, il sera important de continuer à réfléchir aux distinctions entre le psychiatre et l'IPSSM, autant dans son rôle clinique que dans sa position dans le réseau. C'est certainement un avis des psychiatres selon notre expérience, mais c'est aussi relevé lors de nos discussions avec l'Association des IPS du Québec. Il n'y a pas à notre connaissance de littérature claire à ce sujet.

2. Observations reçues des membres

Depuis l'arrivée des IPS au Québec, l'AMPQ a recueilli de nombreux commentaires positifs sur les IPSSM. Plusieurs psychiatres soulignent leur contribution à l'amélioration de l'accès aux soins, surtout dans les milieux à ressources limitées. Le financement dédié à ces postes facilite leur intégration sans mettre un poids sur les budgets existants.

Plusieurs membres ont exprimé des préoccupations professionnelles qui méritent d'être entendues et analysées avec rigueur. L'objectif n'est pas de remettre en question la pertinence du rôle des IPSSM, un modèle déjà bien installé légalement et qui continue d'être systématiquement encouragé par des organismes comme l'OMS, mais plutôt à assurer que leur développement se fasse de façon optimale et cohérente.

Résumé d'observations rapportées par les membres

- Perceptions liées à la compétence clinique : acquisition trop rapide de l'autonomie des IPS, limites de leur formation, responsabilité trop grande mise sur leur capacité de reconnaître leurs propres limites de pratique, crainte de sur-prescription, de surcharge du réseau par les demandes en spécialité, et de surdiagnostic ;
- Flou dans la gouvernance clinique et implication insuffisante de la cogestion médicale;
- Flou dans la responsabilité partagée entre médecins et IPS, en cas d'erreur clinique ou de départ d'une IPS, dans un contexte de mouvance de postes;
- Sentiment d'iniquité en matière de conditions de pratique, en termes notamment de charge de travail et d'accès à la pratique publique/privée;
- Faible rémunération pour les psychiatres dans leur travail de collaboration;
- Risque d'épuisement professionnel chez des IPS en début de pratique, avec une perception de responsabilité trop rapidement acquise ;
- Enfin, plusieurs membres ont évoqué un sentiment de concurrence professionnelle, et une banalisation de l'expertise médicale.

Actuellement, il n'existe aucune donnée issue d'un sondage formel permettant de quantifier ou de caractériser ces préoccupations exprimées par les membres. De la même façon, l'AIPSQ a colligé des préoccupations de ses membres IPSSM, qui auront à être colligées de façon formelle. Voici quelques exemples issus de notre discussion :

Quelques craintes des membres de l'AIPSQ

- Difficultés dans l'octroi de postes par le gouvernement;
- Peu d'implication dans les réunions de service, entraînant une méconnaissance des enjeux dans l'organisation des soins ;
- Flou dans la gouvernance clinique;
- Besoin d'un bon soutien en début de pratique;
- Réception parfois froide et mal organisée des IPSSM dans le réseau;
- Sentiment d'être mal utilisé : d'être trop ou pas assez autonomes, d'effectuer le travail délaissé par les psychiatres et jugé moins intéressant, sentiment de concurrence professionnelle avec les résidents en psychiatrie pour des cas similaires;
- Importance d'avoir une bonne implication dans le réseau public, pour éviter des passages évitables vers la clinique privée.

Dans ce guide, nous tenterons d'approfondir ces questionnements. Dans un premier temps, nous présenterons des informations sur la pratique IPS. À partir du point 10, vous pourrez consulter les constats et recommandations actuelles de l'AMPQ basées sur ce travail.

Nos informations sur la pratique infirmière avancée

3. Historique de la pratique infirmière avancée

Développé dans les milieux afin de contrer les pénuries de médecins en région éloignée, le concept de pratique infirmière avancée existe depuis les années 60 aux États-Unis. Le modèle a été développé subséquemment dans plusieurs pays : Australie, Nouvelle-Zélande, France et Royaume-Uni ainsi qu'au Canada, étant parmi les chefs de file.

L'Ontario a intégré les infirmières praticiennes de façon progressive dès les années 1970 afin d'améliorer l'accès aux soins, particulièrement dans les régions sous-desservies. Après une phase de ralentissement dans les années 1980, le rôle a été relancé au cours des années 1990 dans le cadre d'une réorganisation du système de santé, avec un soutien gouvernemental coordonné touchant la formation, la réglementation et l'intégration des services. L'adoption du projet de loi 127 en 1998 a marqué un tournant en reconnaissant officiellement les infirmières praticiennes et en définissant clairement leur champ d'exercice, incluant le diagnostic, la prescription et les examens diagnostiques. Cette reconnaissance légale préalable à l'expansion du rôle a favorisé une intégration stable, appuyée par une formation universitaire standardisée, des modèles organisationnels dédiés et un financement distinct de la rémunération médicale, contribuant à l'ancrage durable des infirmières praticiennes dans le système ontarien.

4. Pratique infirmière avancée au Québec

Au Québec, les premières IPS débutent leur pratique dans le champ de la néonatalogie en 1994. Jusqu'en 2004, elles sont peu nombreuses et dédiées à des champs en médecine spécialisée. Les IPS-PL arrivent dans le réseau de la santé québécois en 2009, ce qui augmente le nombre d'IPS de façon significative. De façon générale, le Québec suit l'Ontario dans l'introduction des IPS dans le système de santé.

Dans la foulée, la classe d'IPSSM a été officiellement ajoutée en janvier 2020, alors que les cohortes étaient en préparation depuis quelques années. C'est à ce moment que les premières cohortes d'IPSSM, formées principalement à Montréal, Québec et en Outaouais, ont commencé à intégrer les équipes de soins. Les IPS représentent une des stratégies nommées par le MSSS dans le *Plan d'action en santé mentale 2022-2026* comme un outil favorisant l'accès aux soins.

Depuis plusieurs années, le gouvernement du Québec a fait des IPS un levier structurant de sa stratégie d'amélioration de l'accès aux soins, particulièrement en première ligne. Cette orientation n'est plus ponctuelle : elle repose désormais sur des cibles officielles, chiffrées et pluriannuelles, ce qui témoigne d'une transformation durable du système. Le gouvernement s'était initialement donné comme objectif d'atteindre 2 000 IPS en exercice dans le réseau public d'ici 2025. Ce seuil a été franchi à la fin de 2025, avec plus de 2 050 IPS inscrites, toutes spécialités confondues. Cette étape marque un changement d'échelle important pour la profession et confirme que l'implantation des IPS ne relève plus de projets pilotes, mais bien d'un déploiement à grande échelle.

Au-delà de ce premier jalon, Santé Québec et le MSSS ont maintenant établi une nouvelle cible de près de 2 800 IPS dans le réseau public à l'horizon 2029, accompagnée de cibles régionales et par spécialité. Ces cibles précisent non seulement le nombre de postes à pourvoir, mais aussi la répartition attendue entre la première ligne, les soins

spécialisés et des champs comme la santé mentale, confirmant que l'État planifie activement l'expansion du rôle des IPS.

Parallèlement, le gouvernement a multiplié les mesures concrètes pour augmenter l'attractivité et l'utilisation des IPS. Depuis avril 2024, les IPS en soins de première ligne peuvent inscrire directement des patients sans médecin de famille, notamment à partir du guichet d'accès (GAMF), et assurer leur prise en charge longitudinale. Le ministère estime qu'à terme, plus de 1 000 IPS pourront agir comme professionnelles de première ligne responsables de patientèle, ce qui représente un transfert majeur de responsabilités cliniques vers la pratique infirmière avancée.

Ces cibles s'inscrivent dans des documents structurants, dont le Plan stratégique 2023-2027 du MSSS et le Plan d'action national sur les effectifs infirmiers, qui identifient explicitement la pleine utilisation du champ d'exercice des IPS comme une condition de réussite du redressement de l'accès aux soins. L'expansion du nombre d'IPS est ainsi liée à des objectifs systémiques, et non à une simple réponse conjoncturelle à la pénurie médicale. Après avoir franchi le cap des 2 000 IPS, le gouvernement vise désormais près de 2 800 IPS d'ici 2029, avec des cibles par région et par spécialité et une utilisation accrue de leur autonomie clinique.

**Les cibles gouvernementales démontrent que le développement
des IPS au Québec est une orientation structurelle et irréversible.**

5. La formation requise

La maîtrise infirmière spécialisée en santé mentale + DESS est un programme d'études de deuxième cycle de deux ans à temps plein ou trois ans à temps partiel. Pour être admis, certains préalables sont exigés, notamment avoir cumulé un minimum de 3360 heures de pratique comme infirmière, dont au moins 1680 heures en santé mentale pour les IPSSM (résumé à deux ans d'expérience). Des infirmières, des IPS et des psychiatres collaborent à la formation. Le programme comprend 950 heures de stages en milieu clinique, qui permettent d'explorer les champs de pratique, structurés sur trois blocs de stage.

À la fin de leur formation, les candidats doivent réussir un examen de certification administré par l'OIIQ pour obtenir leur certification IPS.

Le MSSS octroie une bourse de 30 000\$ par année équivalent à temps plein (pour un total de 60 000\$).

6. Le cadre législatif

Les IPS sont régies par la LII. Les *Lignes directrices sur l'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique* sont basées sur cette loi et soutiennent l'IPS dans sa pratique.

Le premier cadre législatif pour les IPSSM a été publié le 7 février 2018. Ce règlement a été élaboré par le CMQ, en collaboration avec l'OIIQ et l'OPQ.

Selon ce règlement, les IPS pouvaient exercer, sous certaines conditions, plusieurs activités médicales normalement réservées aux médecins, notamment :

1. Prescrire des examens diagnostiques (ajouté en 2020);
2. Poser des diagnostics;
3. Prescrire des traitements médicaux;
4. Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques;

5. Effectuer des suivis cliniques de patients atteints de maladies chroniques; et
6. Effectuer certaines interventions médicales, selon leur spécialité.

En janvier 2020, les IPSSM font leur entrée dans le réseau. Visant à améliorer l'accessibilité aux soins, la loi permettait aux IPSSM de :

- Poser des diagnostics liés à leur champ de pratique;
- Prescrire des traitements pharmacologiques; et
- Travailler en collaboration interdisciplinaire avec psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.

À partir de 2021, les IPS ont débuté l'exercice de plusieurs activités médicales de façon **autonome**, notamment :

- Prescrire des examens diagnostiques;
- Initier des traitements; et
- Référer à des spécialistes.

En raison de cette autonomie, une entente de partenariat formelle n'est plus obligatoire entre un médecin et une IPS. Le CMQ recommande toutefois une entente de collaboration (le sujet sera repris au point 8, et un modèle est présenté à l'annexe 2).

Graduellement, des modifications ont permis un élargissement des activités professionnelles des IPS :

- Depuis le 17 août 2023, les IPS au Québec peuvent officiellement remplir et signer les formulaires de la CNESST (point repris plus tard);
- Depuis le 7 décembre 2023, l'IPS peut évaluer l'admissibilité d'une personne à recevoir l'aide médicale à mourir (AMM), la sédation palliative continue, ainsi que les administrer;
- L'IPSSM peut signer un arrêt de travail dans le cadre de son champ d'expertise. Elle peut remplir un formulaire de l'IVAC depuis juillet 2026.;
- L'IPSSM peut signer une garde préventive si elle travaille en établissement;
- L'IPSSM peut demander une garde autorisée à titre d'intéressée (*dans ce cas-ci selon les auteures: demande d'ordonnance de cour d'évaluation psychiatrique*);
- L'IPSSM peut lever une garde autorisée (*c'est-à-dire selon les auteures: garde en établissement*);
- L'IPSSM ne peut pas faire d'examen pour garde en établissement ou son renouvellement;
- En vertu du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, un membre de l'ordre professionnel des infirmières qui aurait une maîtrise dans le domaine de la santé mentale et répondu aux critères de formation peut faire une demande à l'Ordre des psychologues du Québec. Elle est tenue de faire une demande de permis d'exercice et de compléter les formations demandées car pas d'emblée dans leur champ d'exercice (comme les médecins et les psychologues).

7. Outils de gouvernance et entente de collaboration

L'autorité principale qui régit les IPS en établissement est la DSI.

Rôles de la DSI avec la pratique infirmière avancée

- Surveillance et contrôle de la qualité des soins;
- Encadrement des activités réservées;
- Collaboration interprofessionnelle (coordination avec les directions médicales pour coordination entre IPS et médecins, gestion de situations complexes ou conflictuelles);
- Intervention en cas de plainte ou signalement (sera repris au point 13);
- Soutien à la gouvernance clinique (s'assurer d'un cadre de pratique avancée sécuritaire, en conformité avec les ententes cliniques et les mécanismes de collaboration interprofessionnelle).

L'implantation d'une IPSSM dans un établissement se fait par la DSI, et doit se faire en collaboration avec la direction santé mentale, qui travaille en cogestion avec la direction médicale.

L'évaluation des besoins cliniques pour sélectionner les milieux de pratique se fait conjointement. Ainsi, en établissement, l'implantation des IPSSM se fait par la DSI et la direction santé mentale, et la cogestion médicale est essentielle dans ce processus. Bien que l'IPS puisse agir de façon autonome, des mécanismes de collaboration et des corridors de services sont essentiels pour assurer la sécurité et la fluidité des services. La direction médicale représentant les psychiatres (généralement, chef de département ou adjoint) doit donc être interpellée dans leur introduction.

En raison de l'autonomie des IPS, une entente de partenariat formelle n'est plus obligatoire entre un médecin et une IPS. Le CMQ recommande toutefois une entente de collaboration qui précise :

- les rôles de chacun;
- les mécanismes de collaboration;
- la gestion des absences ou départs;
- les modalités de supervision et de qualité de l'acte.

Santé Québec : ce que ça change concrètement pour les IPS

La mise en place de Santé Québec marque un changement de gouvernance important qui a des effets concrets sur le déploiement des IPS. Il ne s'agit pas d'un recul du rôle des IPS, mais d'un resserrement du pilotage de leur intégration. Là où les établissements disposaient auparavant d'une plus grande latitude pour créer et pourvoir des postes selon les besoins cliniques locaux, Santé Québec introduit désormais une gestion plus centralisée des effectifs, avec des cibles régionales et par spécialité définies à l'échelle provinciale. À court terme, cette centralisation a réduit la flexibilité locale et a parfois ralenti l'ouverture ou le renouvellement de postes d'IPS, y compris dans des contextes de pression clinique persistante. Certaines difficultés d'embauche observées chez des IPS, notamment récemment diplômées, s'expliquent ainsi davantage par des plafonds administratifs atteints que par une remise en question de la pertinence clinique du rôle. Santé Québec accentue aussi les exigences de clarté des rôles, de performance et de démonstration de la valeur ajoutée des IPS dans les trajectoires de soins. Cette logique pourrait freiner l'implantation dans des secteurs fortement normés, comme la santé mentale, mais elle vise aussi une intégration plus structurée et durable du rôle. Sur le plan stratégique, les orientations demeurent néanmoins claires : les IPS constituent un levier central et permanent de la transformation du réseau, avec des cibles globales rehaussées à moyen terme. Pour la psychiatrie, cette transition renforce l'importance du dialogue clinique et

organisationnel afin que les besoins réels en santé mentale soient traduits adéquatement en postes et en modèles de collaboration viables.

8. Outils de réflexion et de vigie sur les IPSSM

Comité consultatif sur la pratique des IPS

Le comité consultatif sur la pratique des IPS a été constitué en vertu de l'article 31 du Règlement sur les IPS. Il a pour mandat :

- D'examiner les conditions et modalités d'exercice des activités médicales par les IPS;
- De définir les normes relatives aux ordonnances faites par les IPS;
- D'analyser les enjeux cliniques liés à la pratique des IPS;
- D'évaluer les nouvelles pratiques cliniques fondées sur l'évolution scientifique; et
- De se pencher sur toute autre question liée à l'exercice professionnel des IPS.

Le comité est composé de 13 membres, incluant :

- Des représentants de l'OIIQ et du CMQ;
- Des IPS de différentes spécialités (santé mentale, soins pédiatriques, néonatalogie, soins aux adultes, première ligne);
- Des représentants du MSSS, du milieu universitaire et des DSI;
- Une patiente partenaire, soulignant l'approche centrée sur le patient.

Rôle de l'AMPQ

L'AMPQ veille à représenter ses membres et travaille à une bonne organisation des soins de santé mentale au Québec.

De plus, nous adoptons une position de collaboration avec l'AIPSQ, notre contrepartie associative.

9. Préoccupations sur la compétence ou faute professionnelle

Pour un membre du public qui désire porter plainte contre une IPS au Québec, plusieurs mécanismes officiels sont disponibles selon le contexte. Voici les étapes et recours principaux. Si l'IPS travaille dans un établissement public (comme un CISSS, CIUSSS, CLSC, CHSLD, etc.), vous devez d'abord référer le patient au commissaire local aux plaintes de cet établissement.

Si la plainte concerne la conduite professionnelle ou éthique de l'IPS, le patient peut s'adresser à l'OIIQ. Le Syndic de l'ordre peut enquêter et porter plainte devant le conseil de discipline.

Si un médecin ou autre professionnel estime qu'une IPS a commis une faute professionnelle ou déontologique, il peut :

- Interpeller la DSI de l'établissement, pouvant être impliquée dans la gestion locale d'une situation amenée par un professionnel ou un gestionnaire (évaluation, rencontre, recommandations, et transmettre à l'OIIQ si faute déontologique suspectée);
- Faire une demande d'enquête au Bureau du syndic de l'OIIQ. Cette démarche est confidentielle et peut être faite par tout professionnel ou citoyen;
- Déposer une plainte privée directement au Conseil de discipline de l'OIIQ. Cette plainte doit être écrite, assermentée, et démontrer une faute déontologique. Elle peut être déposée par un médecin, avec ou sans avocat;
- Si le médecin observe un problème de compétence clinique chez une IPS (ex. : soins non sécuritaires), faire un signalement à la direction, surveillance et inspection professionnelle de l'OIIQ.

Réflexion et position de l'AMPQ

10. Littérature sur la pratique infirmière avancée

En plus de toute la littérature existante généralement fort positive sur la pratique IPS, le rapport 2025 de l'OMS constitue une révision majeure du sujet et fait la promotion sans équivoque de la pratique infirmière avancée. L'OMS conclut que les soins prodigués par les IPS sont aussi efficaces, voire supérieurs dans certains contextes à ceux offerts par des médecins. Le rapport souligne leur contribution à la transformation des systèmes de santé, notamment par le renforcement des capacités interprofessionnelles, une meilleure coordination des soins et une réduction de la charge médicale, particulièrement dans les milieux sous-dotés ou en pénurie de médecins.

L'OMS insiste également sur la nécessité de standardiser les formations, de clarifier les rôles professionnels et de soutenir le développement continu des compétences.

La littérature démontre de façon satisfaisante que les IPS sont non seulement efficaces et sécuritaires, mais aussi économiquement viables, permettant une réduction des coûts globaux sans compromettre la qualité des soins. Certaines analyses restent centrées sur les coûts directs, mais les résultats sont globalement rassurants.

11. D'où viennent donc les controverses et résistances ?

Malgré des données probantes largement rassurantes sur la pratique infirmière avancée, des controverses et des résistances persistent dans plusieurs juridictions.

Celles-ci ne semblent pas tant liées à des enjeux démontrés de sécurité ou de qualité des soins qu'à des questions de gouvernance, de rythme de déploiement et de clarté des rôles professionnels.

Aux États-Unis, l'American Medical Association (AMA) s'oppose depuis plusieurs années à l'autonomie accrue des Nurse Practitioners. Les préoccupations soulevées portent principalement sur des risques perçus de surutilisation des services, de concurrence professionnelle et de pratiques inadéquates dans un contexte de

croissance rapide et hétérogène du rôle. Bien que certains cas de mauvaise pratique aient été médiatisés, les études indépendantes, distinctes de celles régulièrement citées par l'AMA, ne démontrent pas un taux d'erreurs supérieur chez les NPs autonomes comparativement aux médecins supervisés. Le débat américain s'inscrit ainsi dans un contexte de marché des soins très fragmenté, où la régulation varie considérablement d'un État à l'autre.

Au Royaume-Uni, les résistances sont davantage liées à des enjeux de clarté organisationnelle et réglementaire. Les inquiétudes exprimées par la British Medical Association concernent surtout la définition des rôles, la responsabilité légale et la transparence des pratiques, dans un cadre où la réglementation de la pratique avancée demeure moins uniforme. Une vaste revue publiée dans le *BMJ* en 2022, portant sur 191 études concernant les Advanced Clinical Practitioners (ACP), conclut néanmoins à des effets globalement positifs sur la qualité des soins, l'accessibilité et la satisfaction des patients. Aucun impact négatif majeur n'a été mis en évidence, bien que des défis aient été relevés, notamment en matière de mentorat, de développement professionnel et de standardisation des formations. La coexistence de plusieurs catégories professionnelles aux rôles parfois mal distingués contribue également à la confusion dans le débat public et professionnel.

En Ontario, l'évolution de la pratique infirmière avancée en santé mentale s'est faite de manière plus transversale, à partir d'une reconnaissance légale large et généraliste, sans création initiale d'une spécialité exclusive. Cette approche a permis une intégration progressive des infirmières praticiennes dans les soins aux adultes, les équipes communautaires et les milieux gériatriques, avec une participation continue au suivi des troubles de santé mentale. À l'inverse, le Québec a opté pour un modèle plus spécialisé et fortement réglementé, en créant une catégorie distincte d'IPS en santé mentale, dotée de compétences étendues incluant le diagnostic. Si ce choix a permis de consolider une expertise clinique spécifique, il a aussi limité la contribution des autres IPS à la santé mentale, alors même que la majorité des besoins se situent en première ligne. Cette distinction structurelle contribue à maintenir un certain cloisonnement des soins en santé mentale au Québec, dans un contexte marqué par la pénurie de services, le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins en gérontopsychiatrie.

Dès 2019 au Québec, le CMQ a exprimé des réserves quant à l'élargissement du rôle des IPS, principalement en raison de différences de formation, tout en reconnaissant ne pas disposer de données démontrant un risque accru pour la sécurité des patients. La même année, la FMSQ s'est montrée favorable au projet de loi 43 et à l'élargissement du rôle des IPS en première ligne, tout en formulant des recommandations visant notamment le développement professionnel continu, le suivi d'indicateurs de qualité et le maintien d'ententes de collaboration structurées. Plusieurs de ces recommandations n'ont toutefois pas été pleinement intégrées dans la mise en œuvre réglementaire.

Par ailleurs, certains rapports et analyses médiatiques ont mis en lumière les défis liés à une implantation parfois rapide des cliniques IPS, avec des ajustements organisationnels inégaux selon les milieux. Des enjeux administratifs ont notamment été évoqués pour expliquer la lenteur initiale de l'inscription de patients dans certaines cliniques. Une enquête journalistique publiée en 2024 soulignait également une migration croissante d'IPS vers le secteur privé, bien que les données du MSSS indiquent qu'à l'automne 2024, la majorité des IPS en exercice œuvraient toujours dans le réseau public.

Enfin, malgré la reconnaissance du potentiel des IPS pour améliorer l'accès aux soins, certaines données suggèrent que la population continue de privilégier l'accès à un médecin, particulièrement en première ligne.

12. Y a-t-il eu un recul des postes IPS ?

Dans la dernière année, certaines IPS ont effectivement rencontré des difficultés à se trouver un poste dans le réseau public, notamment parmi les nouvelles diplômées et dans certaines régions ou spécialités. Cette situation a pu donner l'impression d'un ralentissement, voire d'un recul. Toutefois, les éléments disponibles indiquent qu'il ne s'agit pas d'un désengagement stratégique du gouvernement, mais plutôt d'un décalage temporaire entre la formation des IPS, la création administrative des postes et la capacité organisationnelle des établissements à les intégrer.

En 2025, le Québec a atteint la cible symbolique de plus de 2 000 IPS, sans que cela garantisse automatiquement un poste financé et vacant pour chaque diplômée. L'introduction récente de cibles plus précises par région et par spécialité a parfois ralenti l'embauche à court terme, même dans des milieux où les besoins cliniques demeurent importants. De plus, l'intégration des IPS requiert des ajustements organisationnels réels — clarification des rôles, arrimage avec les pratiques médicales et adaptation des trajectoires de soins — qui n'évoluent pas partout au même rythme, particulièrement en santé mentale.

Malgré ces tensions, les signaux de fond demeurent clairement orientés vers l'expansion. Les cibles ont été rehaussées, visant maintenant près de 2 800 IPS dans le réseau public d'ici la fin de la décennie, et l'autonomie clinique des IPS continue de s'élargir. Il s'agit donc moins d'un recul que d'une phase d'ajustement liée à une croissance rapide. Pour les psychiatres, cette période souligne l'importance d'un dialogue soutenu avec les IPS et les gestionnaires afin d'assurer une intégration cohérente, sécuritaire et complémentaire, particulièrement en santé mentale, dans un contexte où le développement des IPS constitue une transformation durable du système de soins.

13. Constats de l'AMPQ sur la pratique IPSSM

L'AMPQ soutient depuis longtemps le psychiatre répondant, les MASM, les modèles de soins partagés, la hiérarchisation des soins selon la complexité.

Ainsi, la collaboration avec les IPSSM s'inscrit dans la continuité de l'AMPQ en faveur d'une psychiatrie accessible, hiérarchisée et centrée sur les situations complexes.

Les données scientifiques disponibles indiquent que les IPS offrent des soins de qualité équivalents à ceux des médecins dans plusieurs domaines, notamment en soins de première ligne, en santé mentale et dans la gestion des maladies chroniques.

Les études économiques existantes sont généralement rassurantes quant à la rentabilité.

Il y a une opposition internationale, principalement d'associations médicales comme l'AMA et la BMA, qui ne s'appuie pas sur une évidence scientifique solide, mais qui tente à juste titre de ralentir la concurrence professionnelle et de baliser une croissance très rapide d'un phénomène nouveau.

L'expérience internationale montre que les droits des IPS n'ont pas été restreints et continuent de croître, et que la cohabitation se fait avec des mécanismes de collaboration, de gouvernance, et de formation continue, sur lesquels il est important d'insister.

Il demeure des inquiétudes non répondues notamment liées à l'autonomie professionnelle acquise trop rapidement et le manque de supervision en début de pratique, à la liberté de passage vers la pratique privée, les risques d'erreurs professionnelles et d'épuisement en début de carrière. Des tensions interprofessionnelles sont également possibles, alimentées par un sentiment d'iniquité dans les conditions de travail, une perception de réforme implicite du système et une dilution perçue de l'expertise médicale.

Malgré ces défis, les IPS au Québec vont travailler à poursuivre leur développement, dans une perspective d'intégration durable et de complémentarité avec les autres professionnels de la santé.

Les associations médicales ont le devoir et une position de choix pour exercer une veille positive et prudente de cette pratique émergente, émettre des recommandations et travailler activement à permettre leur développement de façon optimale pour le patient dans un système efficient et de qualité, de façon collaborative avec les IPS.

Recommandations de l'AMPQ issues de ces constats

Pour les psychiatres

- Favoriser une culture de respect mutuel et de complémentarité des expertises;
- Démontrer de l'ouverture au soutien clinique aux IPSSM, et participer à leur implantation pertinente dans le réseau, en majorité en première ligne;
- Continuer de s'informer sur cette collaboration et rester prudent, en sachant que cette collaboration interprofessionnelle est nouvelle avec ses défis propres;
- Participer activement à déterminer le partage des rôles entre les psychiatres, les IPSSM et les intervenants, selon la réalité de la population desservie;
- Dès qu'on envisage travailler avec une IPS, exiger une entente de collaboration formelle avec chaque IPSSM auprès de la DSI;
- Contribuer à la formation continue des IPSSM par des discussions de cas et des rencontres interprofessionnelles;
- Demeurer proactif dans le rôle de vigie des écueils dans la collaboration avec cette nouvelle pratique, et les transmettre à l'AMPQ;
- Participer activement à la cogestion clinique dans les milieux où des IPSSM sont implantées et présenter la cogestion comme un prérequis nécessaire à notre participation pour une implantation prudente.

Au sein de l'AMPQ

- Encourager la collaboration interprofessionnelle par des guides, formations et outils pratiques;
- Poursuivre le dialogue avec l'AIPSQ et travailler les enjeux dans une approche collaborative;
- En particulier, préciser les distinctions entre les rôles professionnels;
- Exercer une vigie clinique et professionnelle sur la pratique des IPSSM auprès des membres;
- Réaliser des sondages auprès des membres pour documenter les préoccupations et les bons coups;
- Produire des recommandations sur les corridors de service, la charge de travail, et les ententes de collaboration;
- Militer pour une rémunération qui favorise une collaboration de qualité avec les IPS, autant IPSSM (introduction, collaboration) que IPS-PL (conseil numérique, psychiatre répondant, consultation) et qui reconnaît la responsabilité accrue associée à ce travail par rapport à notre travail avec les médecins de famille;
- Faire des représentations politiques auprès du MSSS, de l'ASQ, du CMQ et de l'OIIQ pour:
 - Demander des moratoires ciblés, comme sur l'expertise et tout ce qui a trait au médicolégal;
 - Demander des balises claires sur la responsabilité partagée;
 - Mieux encadrer la pratique solo des IPSSM;
 - Mieux encadrer la pratique privée des IPSSM.
- En particulier, des modifications majeures sont à venir avec le projet de loi 23 (actuellement en commission parlementaire).

Pour les établissements

- Impliquer systématiquement la direction santé mentale et la direction médicale dans l'implantation des IPSSM par la DSI;
- S'assurer du modèle de cogestion médicale entre les directions DSI et santé mentale pour l'intégration des IPSSM;
- Définir clairement les rôles et responsabilités dans les ententes de collaboration; et
- Soutenir la communication interprofessionnelle par des outils sécurisés et des dossiers informatisés compatibles.

Pour les corps d'enseignement et de formation continue

- Développer des formations conjointes IPS-psychiatres pour favoriser la compréhension mutuelle des rôles;
- Intégrer des modules sur la collaboration interprofessionnelle dans les programmes de formation;
- Impliquer les psychiatres dans la supervision clinique des stages IPSSM; et
- Être disponible à participer à des programmes de mentorat pour les IPS en début de pratique.

Tel que nommé ci-haut, nous suggérons que les psychiatres nomment clairement et exigent comme prérequis qu'une entente de collaboration soit présentée et négociée, et qu'il ne soit pas assumé par l'établissement une collaboration implicite du groupe des psychiatres.

À l'annexe 2, l'AMPQ suggère un modèle d'entente de collaboration, tel que recommandée par le CMQ.

Généralement, il est avantageux pour le fonctionnement du département de profiter des postes octroyés d'IPSSM. Cependant, il faut s'assurer de la bonne compréhension des psychiatres de l'implication d'un tel ajout et les responsabilités de toutes les parties. Les modalités doivent être négociées à l'avance avec la DSI en contexte de responsabilité partagée.

Prenons l'exemple d'un remplacement de maternité. Divers scénarios sont possibles selon le milieu : remplacement entre les IPS avec IPS de d'autres secteurs en renfort, ou remplacement entre psychiatres et IPS en place. Les instances doivent aussi être conscientes des conséquences d'un départ, d'un transfert vers une autre clinique ou installation, etc. pour bien les prévoir.

Il est aussi important de statuer sur l'**autorité fonctionnelle** de l'IPS dans ses tâches quotidiennes: évaluation de la charge de travail, des types de cas, etc. Il apparaît logique que ce soit fait au quotidien par l'équipe de la DSM en gestion médicale, et il doit y avoir une reconnaissance en ce sens par les instances dès le départ.

Qu'en est-il de la charge de travail ?

La charge de travail des IPS et des médecins au Québec est un sujet d'intérêt croissant, notamment dans le contexte de l'optimisation des soins de santé et des exigences accrues envers les médecins. La charge de travail des IPS n'est à notre connaissance pas standardisée au Québec.

L'OIIQ encadre la pratique des IPSSM en termes de compétences, autonomie et responsabilités, mais ne fixe pas de charge de travail standardisée. La charge de cas dépend :

- Du milieu de pratique (GMF, CLSC, CHSLD, etc.);
- De la complexité des cas; et
- Du modèle de collaboration avec les psychiatres.

Un principe informel souvent véhiculé est qu'une charge de travail peut être estimée à la moitié de celle d'un psychiatre. Aucune étude publiée à ce jour (dans les sources accessibles) ne semble nommer précisément ce ratio. À l'international, selon un rapport de l'OMS en 2022, les charges de cas semblent un peu plus élevées (comme par exemple au Royaume-Uni, une charge de cas moyenne de 250 à 500 patients de patients avec troubles sévères et persistants chroniques).

À priori, la charge de travail de l'IPS estimée à une moitié, peut sembler arbitraire ou inéquitable (puisque en théorie, les psychiatres voient les cas plus complexes). Le sentiment d'iniquité est d'autant plus un risque dans notre contexte politique actuel. On peut débattre de nos modes de rémunération respectifs, à salaire et non basés sur l'acte, avec ou sans cibles, dans un climat politique extrêmement exigeant pour les médecins. Cependant, l'important dans cette décision selon nous est de ne pas tirer de conclusions basées sur une comparaison entre professionnels, mais plutôt centrée sur les besoins de la clientèle. Quelle charge de cas est préférable en termes de qualité des soins, d'accès populationnel vu la grande demande, dans une perspective de travail raisonnable ? Ça peut être une occasion de tirer profit de la latitude temporelle permise par le mode de rémunération des IPS pour leur déléguer des clientèles particulières, comme celles demandant plus de temps. Vu notre mode de rémunération distinct, les IPSSM pourront certainement jouer un rôle de choix pour les clientèles vulnérables non assurées, un enjeu en croissance. Malgré ceci, il est impératif de bien transmettre nos valeurs de responsabilité populationnelle, et de partager clairement notre objectif d'accès global aux soins.

Décloisonnement des professions et pratique psychiatrique

Les projets de modernisation du système professionnel, notamment le projet de loi 67 et le projet de loi 15, s'inscrivent dans une volonté d'améliorer l'accès aux soins par une meilleure utilisation des compétences de l'ensemble des professionnels de la santé. En santé mentale, l'AMPQ accueille ces travaux avec ouverture et discernement.

Une évolution dans la continuité

Les changements proposés ne remettent pas en cause la spécificité de la psychiatrie ni le rôle central du psychiatre dans le diagnostic médical, la prise en charge des situations complexes et la responsabilité clinique globale. Ils visent plutôt à renforcer la complémentarité interprofessionnelle, en particulier en amont et en soutien aux soins spécialisés.

Cette approche est cohérente avec les positions constantes de l'AMPQ, qui reconnaissent l'importance d'un travail en équipe bien balisé, au bénéfice des patients et de la qualité des soins.

Collaboration avec les IPS : un apport encadré

L'évolution du rôle des IPS, y compris en santé mentale, favorise une meilleure continuité des soins, notamment pour l'évaluation clinique, le suivi de clientèles stabilisées et l'accès plus rapide aux services. Cette évolution se fait dans un cadre réglementaire clair et n'équivaut ni à une substitution du rôle du psychiatre ni à un transfert de la responsabilité médicale.

Le psychiatre demeure la référence pour les diagnostics complexes, les comorbidités, les situations à risque élevé et les décisions thérapeutiques spécialisées.

Une vigilance sereine

Le projet de loi 15, qui poursuit la modernisation du système professionnel, concerne principalement les mécanismes réglementaires. Il n'impose pas de modifications immédiates au champ d'exercice de la psychiatrie. L'AMPQ suivra attentivement l'évolution des règlements et des modèles organisationnels afin de s'assurer qu'ils respectent la qualité des soins et la sécurité du public.

14. L'implantation des IPSSM et la consultation spécialisée en psychiatrie

Les IPS représentent une des stratégies nommées par le MSSS dans le *Plan d'action en santé mentale 2022-2026* comme un outil favorisant l'accès aux soins. Selon ce Plan, celles-ci doivent être déployées en majorité en soins de proximité (en première ligne). Dans notre cas, les soins de proximité peuvent inclure le *Mécanisme d'accès en santé mentale (MASM)* du CLSC, les GMF et cliniques réseaux (qu'on appelle aussi cliniques IPS).

Les MASM (auparavant, GASMA) ont été créés en 2008 pour permettre une analyse spécifique des besoins de chaque personne référée, d'établir les priorités et d'orienter la personne vers les ressources appropriées. Les intervenants du guichet assurent plusieurs tâches de dépistage systématique, effectuent des interventions thérapeutiques ciblées et prévoient la liaison vers la bonne ressource, qu'elle soit communautaire ou en établissement. Lorsqu'un psychiatre répondant est impliqué au guichet, les médecins de famille peuvent obtenir rapidement des conseils cliniques pour optimiser les soins à leur patient. Lorsque des ressources plus légères que la

référence en psychiatrie conviennent aux besoins de la personne, un plan est proposé à celle-ci et à son médecin. Les processus cliniques d'un guichet d'accès bien structuré assurent que l'ensemble des ressources en santé mentale du réseau local sont mises à contribution et rehaussent la pertinence des demandes de consultations spécialisées en psychiatrie. Dans plusieurs régions, la présence d'un MASM a pu préserver les ressources de psychiatrie pour les cas les plus lourds et complexes, et a considérablement réduit le délai d'attente pour l'accès à la consultation en psychiatrie (Guide GASMA, AMPQ 2019).

En résumé, les cas qui ne sont pas suffisamment lourds ou complexes pour voir un psychiatre seront pris en charge au MASM par d'autres intervenants. Ainsi, il est logique qu'un IPSSM soit déployé dans cette partie du continuum. Il a aussi l'avantage d'amener une possibilité de diagnostic et de prescription au MASM, et de soutenir l'équipe en place au quotidien, les psychiatres y ayant historiquement moins pris leur place en raison d'anciennes réglementations.

L'évaluation du guichet du MASM, ou toute autre préévaluation dans un milieu de première ligne, peut apporter des informations raisonnables pour l'IPSSM pour lui permettre de déterminer si le cas respecte ses compétences.

Ainsi, il nous apparaît que la consultation spécialisée par un IPS est non seulement déjà reconnue par la loi, mais peut être un ajout tout à fait logique pour favoriser l'accès aux soins dans un système fonctionnel.

Cependant, il faut soulever les précautions nécessaires à l'encadrement de cette pratique.

- Bien que les données probantes soient rassurantes sur la pratique IPS en général, une consultation peut souvent avoir été faite pour un cas pour lequel un médecin de famille a jugé qu'une consultation pour un psychiatre était nécessaire. Ainsi, une consultation demande un certain niveau de doigté et de compétence, et devrait être fait par un IPS avec une bonne expérience et pour les cas respectant les limites de leur expertise (ceci jugé à travers le guichet);
- Cette pratique peut engendrer un sentiment de besoin non répondu par le référent, et il est important d'y être attentif et chercher des pistes d'amélioration;
- Cette consultation ne saurait être faite sans mécanisme concerté pour référer à un psychiatre si nécessaire.

Par ailleurs, il convient de souligner que les IPS font actuellement face à peu de restrictions quant à l'exercice en pratique privée. Dès l'obtention de leur maîtrise, elles peuvent choisir d'y œuvrer ou d'adopter une pratique mixte. On observe déjà des tarifs de consultation en pédopsychiatrie ou en psychiatrie, offerts par des IPS, qui peuvent sembler élevés. Or, les besoins en santé mentale sont vastes et appellent à une priorisation rigoureuse, car la majorité ne requiert pas une consultation spécialisée. Il existe donc un risque réel — et déjà observable — que certaines IPS en santé mentale soient attirées par le secteur privé, délaissant un réseau fondé sur la pertinence des soins, pour offrir à coût élevé des services qui auraient pu être adéquatement assurés sans recours à une expertise spécialisée.

Pour qu'un service de consultation spécialisée par un IPSSM soit offert de façon satisfaisante, il faudrait minimalement que les conditions suivantes soient réunies :

- Que la consultation spécialisée soit faite obligatoirement dans un établissement permettant une collaboration avec un psychiatre, pour discussion et référence si nécessaire;
- Que l'IPSSM démontre clairement son titre, et ses coordonnées pour discussion, si jamais un médecin de famille trouvait la réponse insatisfaisante;
- Selon les possibilités du milieu, continuer à démontrer une ouverture à ce que la consultation soit faite par un psychiatre advenant que la première consultation IPS soit jugée insatisfaisante;

- Que l'établissement, obligatoirement en cogestion médicale, se soit assuré que les conditions de pratique soient jugées acceptables (professionnel qualifié, ouvert à la discussion et à la référence au besoin).

Autres possibilités de pratique

Votre expérience terrain pourra nous aiguiller dans le futur sur les bons coups d'implantation des IPSSM dans le réseau. Bien qu'on encourage le respect des cibles du Plan d'action en santé mentale, on fera certainement l'expérience positive de collaborations dans des milieux de deuxième ligne ou surspécialisés (pédopsychiatrie première-deuxième ligne, gérontopsychiatrie première-deuxième ligne, notamment).

Nous n'encourageons pas le suivi de cas pharmacologiques complexes, tout ce qui relève de l'expertise psychiatrique ou de la complexité médicolégale et sommes en défaveur de toute augmentation du droit de pratique à ce niveau.

15. Quelques histoires de bons coups

Bon coup- IPSSM intégrée au MASM

Dans certains territoires, la présence d'une IPSSM au sein du MASM a permis d'améliorer l'accès aux soins tout en respectant clairement la hiérarchisation des expertises. L'IPSSM y réalise des consultations cliniques adaptées à son niveau de compétence, principalement sous forme d'évaluations ponctuelles, de suivis brefs et d'interventions ciblées.

Cette pratique s'inscrit dans une logique de complémentarité. Lorsque le médecin référent souhaite obtenir des précisions supplémentaires, celles-ci sont intégrées à l'évaluation. Lorsque le médecin juge qu'une consultation en psychiatrie est nécessaire ou insiste pour qu'elle ait lieu, la demande est maintenue sans obstacle. L'intervention de l'IPSSM ne se substitue donc pas à la psychiatrie, mais agit en amont pour mieux orienter les trajectoires de soins.

Dans les faits, cette organisation permet de répondre adéquatement à de nombreuses situations transitoires ou moins complexes, tout en offrant un soutien clinique continu à une équipe du MASM qui a généralement peu de contacts directs avec les psychiatres. Elle contribue ainsi à éviter un nombre significatif de consultations en deuxième ligne, sans compromettre l'accès à la psychiatrie lorsque celle-ci est requise.

Ce modèle illustre comment une collaboration bien balisée peut améliorer la fluidité du système et recentrer l'expertise psychiatrique sur les situations les plus complexes, au bénéfice des patients, des équipes et des ressources spécialisées.

Bon coup – IPSSM en deuxième ligne au sein d'une équipe PEP

Dans certains milieux de deuxième ligne, l'intégration d'une IPSSM au sein d'une équipe de psychose émergente (PEP), en collaboration directe avec une psychiatre, a permis de renforcer l'efficacité clinique de l'équipe spécialisée. L'IPSSM y exerce dans un contexte où les rôles sont clairs, les corridors bien établis et la collaboration médicale constante.

Au quotidien, l'IPSSM soutient une équipe déjà hautement spécialisée et formée, en intervenant à son plein potentiel dans le champ des psychoses émergentes. Elle participe aux évaluations cliniques, assure des suivis ciblés et contribue à des interventions que le psychiatre réalise parfois moins fréquemment, notamment auprès de certaines populations vulnérables, comme les personnes réfugiées ou issues de contextes culturels complexes, où le temps clinique, la continuité et l'approche globale sont déterminants.

Cette complémentarité permet à la psychiatre de se concentrer davantage sur les situations nécessitant une expertise médicale spécialisée, tout en s'appuyant sur l'apport clinique soutenu de l'IPSSM dans le suivi longitudinal et le soutien de l'équipe interdisciplinaire. La collaboration étroite favorise une prise de décision partagée, une meilleure fluidité des soins et une utilisation optimale des compétences de chacun.

Ce modèle illustre comment, dans un milieu spécialisé comme le PEP, l'intégration d'une IPSSM en deuxième ligne peut rehausser la qualité et la continuité des soins, sans dilution de l'expertise psychiatrique, mais dans le respect des rôles professionnels distincts.

Bon coup – IPSSM intégrée à un GMF

Dans certains groupes de médecine de famille (GMF), l'intégration d'une IPSSM a permis de renforcer de façon tangible la prise en charge des problèmes de santé mentale en première ligne. L'IPSSM y intervient auprès d'une clientèle présentant des troubles courants ou modérément complexes, en étroite collaboration avec les médecins de famille et avec des corridors clairs vers la psychiatrie au besoin.

L'IPSSM réalise des évaluations cliniques approfondies, initie et ajuste des traitements, et assure des suivis longitudinaux qui demandent du temps clinique et de la continuité. Cette présence soutenue permet de répondre plus rapidement aux besoins des patients, tout en accompagnant les médecins de famille dans des situations où ceux-ci souhaitent un appui clinique, sans qu'une consultation psychiatrique spécialisée soit d'emblée nécessaire.

Lorsque la situation dépasse le champ de la première ligne ou qu'une complexité diagnostique ou thérapeutique émerge, la référence en psychiatrie est maintenue et facilitée. L'IPSSM peut utiliser le psychiatre répondant de façon efficace, précise les questions cliniques et à améliorer la pertinence des demandes.

Ce modèle permet de réduire la pression sur les services spécialisés, d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale en GMF et de soutenir les médecins de famille dans leur pratique quotidienne. Il illustre une utilisation judicieuse de la pratique infirmière avancée en première ligne, en complémentarité avec la psychiatrie, dans le respect des rôles et des expertises de chacun.

16. Recommandations sur la pratique IPS avec la CNESST

Depuis août 2023, un règlement reconnaît officiellement les IPS comme professionnelles de la santé ayant charge au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP). Dans le cadre des dossiers CNESST, cette reconnaissance leur confère les responsabilités suivantes:

- Assurer la prise en charge clinique d'un travailleur blessé;
- Évaluer et assurer le suivi médical du patient;

- Prescrire des arrêts de travail; et
- Remplir et signer les documents médicaux requis, notamment les rapports d'évaluation médicale (REM).

Bien que cette reconnaissance soit en vigueur, certains employeurs et assureurs n'ont pas encore adapté leurs processus administratifs, ce qui peut entraîner des retards ou des refus de traitement.

Il est important de noter que les IPS ne peuvent pas agir à titre d'expertes désignées dans le cadre d'évaluations médico-légales mandatées par la CNESST, notamment dans les cas de lésions psychologiques faisant l'objet d'un litige.

17. Les IPSPL, IPSSA et IPSSP

Nous travaillons en psychiatrie principalement avec les IPSSM. Il faut aussi distinguer les IPSPL (première ligne), IPSSA (soins aux adultes, incluant celles qui travaillent spécialité, par exemple en gériatrie ou en néphrologie) et IPSSP (soins pédiatriques).

Diagnostic en santé mentale et rôle des IPS en première ligne

Les IPS en soins de première ligne peuvent évaluer les problèmes de santé mentale, assurer le suivi de conditions mentales stables, prescrire et ajuster certains traitements, et référer directement vers les services spécialisés.

Depuis le 2 avril 2026, le projet de loi 15 (modernisation du système professionnel, Code des professions) a été sanctionné pour permettre aux IPSPL, IPSSA et IPSSP de diagnostiquer des troubles de santé mentale sous certaines conditions. Une formation d'appoint de 65 heures supplémentaires est requise et en voie de déploiement.

Cet élargissement du champ de pratique soulève des enjeux que l'AMPQ va suivre de près, et se montre prête à collaborer selon leurs capacités.

Enjeux à anticiper

L'octroi du diagnostic en santé mentale aux IPS risque d'entraîner une augmentation importante des demandes de soutien clinique, notamment auprès du Conseil numérique, des services de consultation directe et des psychiatres répondants. Certaines demandes pourraient nécessiter un niveau d'enseignement ou d'encadrement plus élevé, en raison de la complexité des situations rencontrées et du manque de formation et d'expérience des IPS-PL, (contrairement aux IPSSM) en ce qui a trait à la santé mentale.

Par ailleurs, même si un élargissement du rôle des IPS-PL peut contribuer à améliorer l'accès aux soins, il demeure essentiel de s'assurer qu'elles disposent de la formation et du soutien nécessaires pour exercer ce rôle de manière sécuritaire. Le risque de surdiagnostic et de surtraitement en santé mentale doit être anticipé, puisqu'il s'agit d'un phénomène transversal et bien documenté dans la littérature scientifique, pour différentes professions. Toutefois, ce risque prend une importance particulière dans un contexte où la profession d'IPS est encore jeune et en voie d'organisation, leur formation en santé mentale est peu poussée, ce qui renforce la nécessité d'encadrer prudemment toute expansion de leurs responsabilités.

Malgré les données démontrant que les IPS posent généralement des diagnostics fiables lorsqu'elles évoluent dans un cadre clair avec une formation adéquate, la réalité est qu'il s'agit d'une profession jeune et émergente et que la formation des IPS en santé mentale est limitée vu l'étendue des connaissances auxquelles elles doivent être exposées en peu de temps. Nos membres font état au quotidien d'IPS autonomes prenant en charge des cas trop complexes, avec des molécules présentant un potentiel de risques et effets secondaires (psychostimulants, lithium,

Clozapine). Il apparaît essentiel d'avoir un message de prudence face aux attentes irréalistes quant à leur capacité diagnostique, particulièrement dans les problématiques de santé mentale. L'extension du diagnostic aux IPS soulève des préoccupations organisationnelles et cliniques qu'il serait imprudent d'ignorer.

Articulation avec les services existants

Le modèle du psychiatre répondant (MSRP) soutient depuis longtemps les médecins de famille en première ligne, facilitant la prise en charge de situations complexes et le transfert de connaissances. Toutefois, il n'est pas réaliste d'appliquer aux IPS-PL les mêmes attentes diagnostiques élevées que celles associées aux médecins de famille, puisque ces derniers bénéficient d'une formation et une exposition cumulative significative au fil de leur pratique. Les IPS-PL doivent pouvoir transférer ou refuser sans obstacle les cas qu'elles jugent hors de leur champ d'expertise, notamment ceux associés à la polypharmacie ou à l'utilisation de traitements complexes, comme le lithium ou la clozapine.

Position de l'AMPQ

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'AMPQ est préoccupée par l'élargissement, maintenant sanctionné, des droits des IPS concernant le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. Cette position repose sur trois considérations majeures :

1. un risque accru de surdiagnostic;
2. un risque de surtraitement; et
3. le fait que la profession d'IPS est encore jeune et en structuration, et que leur formation en santé mentale est limitée, ce qui justifie une progression graduelle de leurs responsabilités.

Recommandations

Afin de préserver la sécurité des patientes et patients tout en optimisant la collaboration interprofessionnelle, nous recommandons que les IPS sollicitent d'abord l'expertise des médecins omnipraticiens de leur milieu avant de recourir aux consultations en psychiatrie. Le développement de corridors formels de soutien clinique entre les IPS-PL et les IPS spécialisées en santé mentale devrait également être encouragé.

Enfin, une révision des modalités tarifaires liées à la participation au Conseil numérique par les IPS pourrait être envisagée afin de maintenir l'engagement des psychiatres et d'éviter que cette activité essentielle au soutien clinique ne devienne trop peu attrayante pour les professionnels concernés.

18. Conclusion

L'intégration des IPSSM dans le réseau de la santé québécois représente une avancée significative pour améliorer l'accès aux soins, particulièrement dans les milieux sous-desservis. Les données scientifiques internationales confirment leur efficacité clinique, leur viabilité économique et leur contribution positive à l'interdisciplinarité.

Toutefois, cette évolution rapide soulève des préoccupations légitimes liées à la gouvernance, à la responsabilité partagée, à la formation continue, et à l'équilibre entre pratique publique et privée. Ces enjeux doivent être abordés avec rigueur et transparence afin d'assurer une intégration harmonieuse, sécuritaire et durable des IPSSM.

Dans cette perspective, il est essentiel de renforcer les mécanismes de collaboration entre les IPSSM et les médecins spécialistes, d'encadrer leur pratique par des balises claires, et de soutenir leur développement

professionnel, dans un climat de respect mutuel. La mise en place de structures de cogestion, de guides pratiques, et de suivis rigoureux contribuera à maximiser leur apport tout en préservant la qualité et la sécurité des soins.

Bibliographie

Définition du rôle des IPS

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Rapport sur l'état des soins infirmiers dans le monde 2025*. Genève : OMS, 2025.
2. Landry, V., Kilpatrick, K., Paquette, L., Jabbour, M., Beaulieu, M.-D., Dubois, C.-A., Tchouaket, E., & Gauthier, N. (2020). *L'étendue du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans différents milieux de pratique au Québec : une étude de temps et mouvements*. *Science infirmière et pratiques en santé*, 3(1), 1–14.
3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Optimiser l'intervention en santé mentale des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés*. Chronique IPS. Montréal : OIIQ, 2025. Disponible à : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips/chroniques-ips/optimiser-l-intervention-en-sante-mentale-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-et-infirmiers-praticiens-specialises>
4. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Infirmière praticienne spécialisée - Infirmier praticien spécialisé (IPS)*. Consulté en juin 2025, à l'adresse : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips>

Historique, formation, cadre des IPS

5. [Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec - Historique](#)
6. Conseil international des infirmières. (2020). Directives sur la pratique infirmière avancée.
7. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf
8. [Optimiser l'intervention en santé mentale des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés | OIIQ](#)
9. [OIIQ, L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique, Lignes directrices. 2021 \(modifié\)](#).
10. [Infirmières praticiennes spécialisées - Professionnels de la santé - MSSS](#)
11. OIIQ, Chronique IPS : Certificats d'arrêt de travail, y a-t-il eu des changements ? Mars 2025.
12. OIIQ, Chronique IPS : Gardes en établissement, s'y retrouver, et quel est le rôle de l'IPS
13. OIIQ, chronique IPS : détermination des NIM par les IPS
14. OIIQ, chronique IPS : Optimiser l'intervention en santé mentale par les IPS
15. OIIQ, Exercice de la psychothérapie.
16. Règlement sur le permis de psychothérapeute <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26.%20r.%20222.1/>
17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021, janvier 25). *IPS : nouvelles activités et réglementation*. <https://www.oiiq.org/ips-nouvelles-activites-et-reglementation>
18. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Sommaire des nouveautés et modifications découlant de la Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306043/annexe-reglement-ips.pdf>
19. Gouvernement de l'Ontario. (2024, 28 novembre). *L'Ontario élargit le rôle du personnel infirmier praticien et autorisé*. <https://news.ontario.ca/fr/release/1005415/ontario-elargit-le-role-du-personnel-infirmier-praticien-et-autorise>

20. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2015, 11 mai). *Enhancing the Role of Nurse Practitioners*. Consulté à l'adresse : <https://news.ontario.ca/en/backgrounder/32740/enhancing-the-role-of-nurse-practitioners>
21. La Presse – Enquête journalistique (2024) *Infirmières praticiennes spécialisées : En quête d'un équilibre*
22. Nurse Practitioners' Association of Ontario. *The role of the nurse practitioner in Ontario*. Toronto: NPAO; 2025.
<https://npao.org/role-nurse-practitioner-ontario/>
23. Punch D. *20 years later: How Ontario legislated the nurse practitioner role*. Registered Nurse Journal. 2018 Mar–Apr.
24. Van Soeren M, Hurlock-Chorostecki C, Goodwin S, Baker E. *The Primary Healthcare Nurse Practitioner in Ontario: A workforce study*. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care; 2000.
25. De Witt L, Ploeg J. Critical analysis of the evolution of a Canadian nurse practitioner role. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2005;37(4):96-113.

Études, controverses

26. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Rapport sur l'état des soins infirmiers dans le monde 2025*. Genève : OMS, 2025.
27. Weissinger, G. M., Brom, H., Macneal, L., & Petoskey, C. (2024). *Psychiatric mental health nurse practitioner job and patient outcomes: A scoping review*. The Journal for Nurse Practitioners, 20(6).
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2024.105019>
28. Delamaire, M.-L., & Lafortune, G. (2023). *Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialized care: A systematic review*. Journal of Health Services Research & Policy.
<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.105019>
29. Elvidge, N., Hobbs, M., Fox, A., et al. *Practice pathways, education, and regulation influencing nurse practitioners' decision to provide primary care* *BMC Primary Care*, 2024
30. Porat-Dahlerbruch, J., Clark, R., Dutchess, B., et al. *Factors affecting integration of the nurse practitioner workforce into health systems: a Delphi consensus study* *BMC Health Services Research*, 2025
31. *Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes* *Implementation Science*, 2024
32. Smith, H. (2023). *Nurse Practitioner Hit With \$1.4M Verdict: The Hidden Truth Behind The Lawsuit*. Journal of Advanced Practice Nursing
33. American Medical Association. (2025). *Scope of Practice Advocacy*.
<https://www.ama-assn.org/practice-management/scope-practice>
34. Markowitz, S., & Smith, A. J. D. (2023). *Nurse Practitioner Scope of Practice and Patient Harm: Evidence from Medical Malpractice Payouts and Adverse Action Reports*. Cato Institute, Research Briefs in Economic Policy, No. 359.
<https://www.cato.org/sites/cato.org/files/2023-11/RB359.pdf>
35. Royal College of Nursing. (2022). *Advanced nurse practitioners: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation*. Royal College of Nursing.
<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/rcn-advanced-nurse-practitioners-uk-pub-009018>

36. Health Education England. (2021). *Multi-professional framework for advanced clinical practice in England*. NHS England. <https://www.hee.nhs.uk/our-work/advanced-practice/multi-professional-framework>
37. Department of Health and Social Care. (2023). *Fake nurse crackdown to boost public safety*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/news/fake-nurse-crackdown-to-boost-public-safety>
38. Crown Prosecution Service. (2025). *Fake doctor ordered to repay £406,624 to NHS for fraud and forgery*. <https://www.cps.gov.uk/cps/news/fake-doctor-has-been-ordered-pay-back-ps406624-nhs-fraud-and-forgery-offending>
39. Porat-Dahlerbruch, J. et al. (2025) *Factors affecting integration of the nurse practitioner workforce into health systems: A Delphi consensus study* BMC Health Services Research
40. Murphy, P., Griffin, S., Fulbright, H., & Walker, S. (2025). *Are economic evaluations of task shifting too narrow in focus? A rapid review*. PharmacoEconomics. <https://doi.org/10.1007/s40273-025-01507-x>(<https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-025-01507-x>)
41. Collège des médecins du Québec. (2024, 28 février). *Collaboration médecins-IPS : le guide sur l'entente de partenariat n'est plus nécessaire*. <https://www.cmq.org/fr/actualites/collaboration-medecins-ips>
42. J. Lukewich, et autres, « Effectiveness of registered nurses on system outcomes in primary care: A systematic review », BMC Health Services Research, vol. 22, no 440, 2022. Disponible en ligne à : <http://www.minerva-ebm.be/fr/Article/2305>.
43. British Medical Association. (2024). *Scope of practice for Medical Associate Professionals (MAPs)*. <https://www.bma.org.uk/media/et3bxydx/20240142-maps-scope-of-practice-print.pdf>
44. O'Reilly-Jacob, M., Featherston, K. G., Barnes, H., Xue, Y., & Poghosyan, L. (2023). *Socioeconomic Characteristics of Communities With Primary Care Practices With Nurse Practitioners*. JAMA Network Open, 6(2). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2830798>
45. Chen, A. Y., Liu, H. H., Martsof, G. R., Cohen, C. C., & Dworsky, M.
Titre : *The impact of nurse practitioner-led primary care on quality and cost*
Citée dans les documents de l'AMA et dans des publications critiques du rôle autonome des NPs.
46. Lacoursière, A. (2019, 22 février). *Diagnostics et IPS: « On n'a pas d'étude », admet le Collège des médecins*. La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201902/21/01-5215699-diagnostics-et-ips-on-na-pas-detude-admet-le-college-des-medecins.php>
47. Fédération des médecins spécialistes du Québec. (2019, 12 novembre). *Projet de loi 43 sur les IPS : La FMSQ est favorable à l'élargissement du champ de pratique des IPS*. <https://fmsq.org/fr/salle-de-presse/actualites/projet-de-loi-43-sur-les-ips-la-fmsq-est-favorable-lelargissement-du>
48. Cousineau, M.-È. (2024, 27 juin). *Infirmières praticiennes spécialisées : Moins de 500 patients pris en charge*. La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/2024-06-27/infirmieres-praticiennes-specialisees/moins-de-500-patients-pris-en-charge.php>
49. Poitras, M.-E., Rioux-Dubois, A., Duhoux, A., Fauteux Duarte, A., Lalonde, P., Gabet, M., Côté, N., Karam, M., Dufour, E., & Sourial, N. (2025, mars). *Les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne au Québec : constats et recommandations suite à la phase initiale d'implantation*. Rapport collaboratif. Université de Sherbrooke, Université de Montréal et Université du Québec en Outaouais.

IPS dans le réseau

50. Gouvernement du Québec. Pour un meilleur accès aux services de santé – Des infirmières praticiennes spécialisées pourront prendre en charge des patientes et patients. Québec : Cabinet du ministre de la Santé; 11 avril 2024.

- <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-un-meilleur-acces-aux-services-de-sante-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-pourront-prendre-en-charge-des-patientes-et-patients-54989>
[\[numerique.banq.qc.ca\]](https://numerique.banq.qc.ca)
51. Gouvernement du Québec. Plan stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec : MSSS; 2023.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003663/> [\[cjr.archi...mcgill.ca\]](#)
 52. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action national sur les effectifs infirmiers 2022-2024. Québec : MSSS; 2023.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003542/> [\[goodxhealthcare.ca\]](#)
 53. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Infirmière praticienne spécialisée – Pratique professionnelle. Montréal : OIIQ; mise à jour 2025.
<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips> [\[ca.jobrapido.com\]](#)
 54. Morin-Martel F. Le Québec compte maintenant plus de 2 000 IPS, mais des difficultés d'intégration persistent. *Le Devoir*. 9 décembre 2025.
<https://www.ledevoir.com/actualites/sante/940110/plus-2000-infirmieres-praticiennes-specialisees-desormais-quebec> [\[quebec.ca\]](#)
 55. Philippe R. Le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées augmente lentement au Québec. *Le Devoir*. 13 décembre 2023.
<https://www.ledevoir.com/actualites/sante/803748/nombre-ips-augmente-mais-lentement>
[\[publicatio...gouv.qc.ca\]](#)
 56. Gouvernement du Québec. Infirmières praticiennes spécialisées – Information pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec; mise à jour 2025.
<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/infirmieres-praticiennes-specialisees> [\[q26.pub.ms...rtss.qc.ca\]](#)
 57. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 : S'unir pour un mieux-être collectif*. Québec : Gouvernement du Québec, 2022. Disponible à :
<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/lancement-du-plan-daction-interministeriel-en-sante-mentale-2022-2026-un-investissement-de-plus-de-1-milliard-sur-cinq-ans-pour-ameliorer-lacces-a-des-soins-et-des-services-en-sante-mentale-adaptes-aux-besoins-des-personnes-37521>
 58. Stephenson, J. (2021, May 18). *Expand nurses' scope of practice, strengthen nursing education to advance health equity, report advises*. JAMA Health Forum, 2(5). <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.1527>
 59. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022). *Guide de référence en lien avec la prise en charge par les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne*. Gouvernement du Québec.
 60. *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous*. Genève : OMS, 2022.
Disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240050860>

Encadrement de la pratique et gouvernance, OIIQ, DSI, ASQ

61. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
Direction des soins infirmiers – Encadrement de la pratique.
Consulté à l'adresse : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/gouvernance-clinique/direction-des-soins-infirmiers>

62. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
Avant de porter plainte – Protection du public.
Consulté à l'adresse : <https://www.oiiq.org/protection-du-public/avant-de-porter-plainte>
63. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
Signaler un problème de compétence – Protection du public.
Consulté à l'adresse : <https://www.oiiq.org/protection-du-public/probleme-de-competence/signalement>
64. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
Plainte privée – Conseil de discipline.
Consulté à l'adresse : <https://www.oiiq.org/protection-du-public/conseil-de-discipline/plainte-privee>
65. Éducaloi.
Porter plainte contre un ministère ou un organisme public.
Consulté à l'adresse : <https://educaloi.qc.ca/capsules/porter-plainte-contre-un-ministere-ou-un-organisme-public/>
66. Gouvernement du Québec.
Plaintes et recours du ministère de la Santé et des Services sociaux.
Consulté à l'adresse : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-organismes/sante-services-sociaux/plaintes-recours>
67. Gouvernement du Québec.
Régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux.
Consulté à l'adresse : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/droits-recours-et-plaintes/regime-d-examen-des-plaintes>
68. Gouvernement du Québec. **Plan stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux.** Québec : MSSS; 2023.
69. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). **Plan d'action national sur les effectifs infirmiers 2022-2024.** Québec : MSSS; 2023.
70. Morin-Martel F. **Le Québec compte maintenant plus de 2 000 infirmières praticiennes spécialisées, mais des difficultés d'intégration persistent.** *Le Devoir.* 9 décembre 2025.
71. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). **Infirmière praticienne spécialisée – Pratique professionnelle.** Montréal : OIIQ; 2025.
72. Gouvernement du Québec. **Infirmières praticiennes spécialisées – Information pour les professionnels de la santé et des services sociaux.** Québec : Gouvernement du Québec; 2025.

Annexe I Sondage aux membres sur la collaboration avec les IPS en santé mentale

1. Connaissance et compréhension du rôle des IPSSM

1.1. Sur une échelle de 1 à 5, comment évalueriez-vous votre compréhension du rôle et des responsabilités des IPSSM?

- 1 – Très faible
- 2 – Faible
- 3 – Moyenne
- 4 – Bonne
- 5 – Excellente

1.2. Avez-vous reçu de l'information ou de la formation sur la pratique des IPSSM dans votre établissement ?

- Oui
- Non
- Partiellement

1.3. Sur quels aspects du rôle des IPSSM souhaiteriez-vous avoir davantage d'informations?

(Réponse ouverte)

2. Expérience de collaboration

2.1. Avez-vous déjà collaboré avec une ou plusieurs IPSSM?

- Oui
- Non
- Pas encore, mais cela est prévu

2.2. Dans l'affirmative, comment décririez-vous cette collaboration?

(Réponse ouverte)

2.3. Quels sont, selon vous, les principaux facilitateurs d'une collaboration réussie?

(Réponse ouverte)

2.4. Quels défis ou enjeux avez-vous rencontrés dans cette collaboration?

(Réponse ouverte)

3. Besoins d'information et d'outils

3.1. Quels types de ressources vous seraient utiles pour soutenir votre collaboration avec les IPSSM?

- Guide de pratique
- Fiches synthèses sur les rôles et responsabilités
- Modèles de cogestion ou d'organisation clinique
- Outils de communication interprofessionnelle

- Ententes de collaboration
- Formations ou webinaires
- Autres (précisez) : _____

3.2. Avez-vous des suggestions d'outils ou de formats qui vous seraient particulièrement utiles ?
(Réponse ouverte)

4. Bons coups et pratiques inspirantes

4.1. Votre établissement a-t-il mis en place des initiatives réussies d'intégration des IPSSM ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4.2. Dans l'affirmative, pouvez-vous décrire ces bons coups ?
(Réponse ouverte)

5. Préoccupations et vigie

5.1. Quelles préoccupations souhaitez-vous que l'association continue de porter concernant l'intégration des IPSSM?
(Réponse ouverte)

5.2. Avez-vous des commentaires ou suggestions supplémentaires à formuler ?
(Réponse ouverte)

Annexe 2 :

Modèle d'entente de collaboration clinique

IPSSM / Psychiatre

1. Identification des parties

- **Établissement** : [Nom du CISSS/CIUSSS ou autre établissement]
- **IPSSM** : [Nom, titre, numéro de permis]
- **Médecin psychiatre** : [Nom, titre, numéro de permis]
- **Lieu de pratique** : [GMF, CLSC, CHSLD, clinique spécialisée, etc.]

2. Objectifs de la collaboration

- Offrir des soins de santé mentale intégrés, accessibles et sécuritaires.
- Favoriser une approche interprofessionnelle centrée sur le patient.
- Optimiser les compétences respectives des professionnels.

3. Rôles et responsabilités

IPSSM :

- Évaluation clinique, diagnostic et plan de traitement.
- Prescription de médicaments et examens selon son champ de pratique.
- Suivi clinique et coordination des soins.
- Collaboration avec le psychiatre pour les cas complexes ou hors champ.
- Nombre de nouveaux cas/lits/charge de cas attendue (approximatif)

Psychiatre :

- Soutien clinique et expertise spécialisée.
- Supervision indirecte (au besoin) et discussion de cas.
- Révision des plans de traitement pour les patients à haut risque.
- Participation aux réunions cliniques interprofessionnelles.

4. Mécanismes de collaboration

- **Rencontres régulières** : hebdomadaires ou mensuelles selon les besoins.
- **Canaux de communication** : courriel sécurisé, téléphone.
- **Révision de cas** : discussion formelle des cas complexes ou en impasse thérapeutique.
- **Corridor de service** si impasse ou hors-champ d'expertise.

5. Modalités en cas d'absence ou de départ

- Plan de couverture en cas d'absence (maladie, maternité)
- Plan de couverture durant les vacances
- Plan de couverture en cas de départ

6. Évaluation et révision de l'entente

- Révision annuelle ou en cas de changement majeur (rôle, lieu, personnel).
- Évaluation de la qualité des soins et de la collaboration.
- Ajustements selon les recommandations du MSSS ou de l'OIIQ.