

# ***LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES À L'URGENCE***

---

***Prise de position  
de l'Association  
des Médecins d'Urgence  
du Québec***

# LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES À L'URGENCE

## *Prise de position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec*

Auteure : Sophie Gosselin, M.D. CCMF

Adoptée par le conseil d'administration de l'Association des médecins d'urgence du Québec le 13 octobre 2000

Position endossée par l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec le 15 octobre 2000

### TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
RÔLE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE.....	3
FONCTION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE.....	3
EXIGENCES DE FORMATION.....	4
INTERACTION AVEC LES COLLÈGUES.....	4
Médecins.....	4
Résidents.....	5
Infirmières traditionnelles.....	5
CLIENTÈLE PRISE EN CHARGE PAR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES.....	5
TYPES D'ÉTABLISSEMENT.....	6
RÉPERCUSSIONS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	6
Qualité des soins.....	6
Efficience (cost effectiveness).....	6
Engorgement à l'urgence.....	6
IMPLANTATION DE LA PRATIQUE.....	7
CONCLUSION.....	7
RÉFÉRENCES.....	7

N.B. Le genre féminin est employé dans cette publication en vue d'en alléger le texte et l'est sans discrimination pour les professionnels masculins et ne réfère qu'à l'emploi courant du terme « infirmière praticienne ».

## INTRODUCTION

Les questions soulevées par le document préparatoire du Collège des Médecins ont fait l'objet d'une revue de littérature exhaustive de même que de consultations auprès des membres de l'Association des médecins d'urgence du Québec. Il nous semblait en effet peu souhaitable de fonder notre position uniquement sur des opinions personnelles ou anecdotiques et surtout, dans l'esprit même du courant de la prise de décision fondée sur des données probantes (Evidence Based Medicine) de revoir les études et publications alimentant le débat actuel.

Afin de bien camper notre position quant à l'instauration d'une nouvelle profession dans le secteur de la santé au Québec et particulièrement dans le contexte des soins d'urgence, nous avons divisé notre document en sections, chacune traitant d'un aspect particulier de la problématique.

## RÔLE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

Le rôle est souvent l'objet de confusion par rapport à la *fonction* d'un individu. Dans la littérature, on retrouve une catégorisation des rôles en terme de complémentarité ou de substitution.

Un rôle complémentaire minimise le chevauchement des actions ou actes usuellement attribués à une profession ajoutant une plus-value à la qualité de l'ensemble des soins prodigués lors d'un « épisode de soin ». Par exemple, à l'urgence, un accent accru sur la prévention et le dépistage, la prise de médication, les conseils avant le congé, la vérification que les informations ont bien été comprises ou tout rôle administratif ou de recherche.

Une substitution signifie qu'un acte préalablement effectué par un groupe de professionnels se trouve également effectué par un autre, ceci de façon concomitante ou exclusive. Un acte de substitution peut être délégué ou supervisé<sup>43</sup>.

Dans le cas particulier des professionnels de la santé non médecins, nous croyons qu'il est bon de rappeler la distinction entre les infirmières praticiennes, infirmières spécialisées et les assistants médecin (physician extenders ou physician assistants). De manière générale, il est question d'actes délégués (substitution) dans le cas de ces derniers qui ne recherchent pas nécessairement une autonomie de pratique tel que mentionné à plusieurs reprises dans la littérature<sup>3, 52</sup>.

Les infirmières spécialisées, elles, sont des infirmières « traditionnelles » ayant reçu un entraînement spécifique pour le milieu où elles exerceront. Par exemple, on retrouve des

infirmières au bloc opératoire, en pédiatrie ou en soins de longue durée. Il n'est pas question de substitution, mais d'adaptation au contexte de travail<sup>49, 50</sup>.

Le cas des infirmières praticiennes est différent en ce sens qu'il existe une variabilité importante dans les fonctions et les rôles exercés par celles-ci. Dans les régions où l'accès à un médecin est difficile voire impossible, l'infirmière praticienne se substitue au médecin. Ainsi, la plupart des expériences du Grand Nord Canadien fonctionnent avec des protocoles de traitement bien établis et une supervision au besoin par un médecin de garde accessible par téléphone<sup>27, 54, 58, 59</sup>.

En contrepartie, chaque établissement aux États-Unis a plus ou moins le loisir de définir les rôles et fonctions des infirmières praticiennes. C'est ainsi que l'on retrouve une disparité étonnante au sein de chacun des États; 21 états permettent une pratique indépendante comme celle d'un omnipraticien, 28 requièrent une implication médicale quelconque et deux demandent un médecin sur place<sup>44, 45, 46, 53, 62</sup>.

Les documents ontariens font aussi état des rôles et fonctions des infirmières praticiennes<sup>39, 41, 42</sup>. Leur lecture nous informe de leur capacité à faire du triage mais surtout à diriger les patients vers d'autres ressources lorsque jugé approprié sans consultation médicale. Toutefois le degré d'autonomie à l'urgence quant aux types de cas (urgents versus non urgents) ou de procédures (invasives ou non) n'est pas entièrement transparent<sup>1, 42</sup>.

## FONCTION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

La plupart des programmes de formation pour les infirmières praticiennes en urgence aux États-Unis les préparent à effectuer des fonctions similaires à celles des médecins bien que la littérature soit pauvre en informations permettant de dégager un consensus.

Nous citons en exemple un article paru en décembre 1999 dans *Journal of Emergency Nursing* : « *With little prior information available, we developed this innovative program based on the beliefs that ENP must be able to : assess, diagnose and treat patients of all ages, with conditions ranging from non-urgent through emergent, order and interpret diagnostic tests as well as perform diagnostic and therapeutic noninvasive and invasive procedures for these patients and determine the disposition of these patients.* »<sup>8</sup>

Nos membres sont plutôt inquiets de voir une si grande autonomie permise surtout en ce qui a trait au diagnostic, examen physique, prescription et congé du patient. On s'aperçoit qu'il s'agit de fonctions traditionnellement médicales

plutôt qu'infirmières et qu'à notre sens ceci constitue une substitution des fonctions médicales à des non médecins contrastant avec la croyance populaire voulant le rôle des infirmières praticiennes plus holistique et moins médicalisé que celui des médecins<sup>6, 8</sup>.

Une revue des principales études sur le sujet nous laisse perplexes devant la situation qui fait état d'une médicalisation plus grande des fonctions de ces praticiennes que nous le croyions au départ. D'ailleurs, la philosophie américaine des infirmières praticiennes revendique une autorité de prescription complète, un remboursement direct de leurs actes et une pratique autonome et indépendante<sup>23, 34, 58, 59</sup>.

Cette distinction floue entre les frontières médico-nursing nous apparaît un point majeur à clarifier afin de prévenir des incidents regrettables pouvant porter atteinte au bien-être des patients.

Par contre, nos membres se montrent très réceptifs au fait que certaines investigations (sous forme de protocole) ainsi que l'enseignement et l'information au patient soient amorcés par du personnel infirmier qualifié comme les infirmières praticiennes. Cependant, ils s'opposent à ce que l'exécution de procédures quelconques ou de traitements spécifiques soit effectuée voire même amorcée par des infirmières praticiennes<sup>62</sup>.

## EXIGENCES DE FORMATION

Le type de formation requise pour obtenir le titre d'infirmière praticienne en urgence varie selon les écoles. Aux États-Unis, la tendance est un entraînement d'une durée de deux ans, après le baccalauréat en nursing, dont 12 mois de stages cliniques. La durée de formation totale est de cinq ans. En Angleterre, certains programmes de formation comprennent trois semaines de cours théoriques et 35 jours de clinique supervisée au terme desquelles un examen de compétence est administré<sup>21</sup>.

Nous aimerions aussi attirer l'attention sur la formation au baccalauréat que reçoivent les infirmières québécoises. Tel que stipulé dans une prise de position de l'OIIQ en 1999<sup>51</sup> le Québec se situe en retard sur le reste du Canada quant au nombre d'heures de la formation infirmière. Dans cet article, on contraste le total de 2775 heures dont 1815 heures de soins infirmiers pour les programmes québécois avec la moyenne de 3339 heures ailleurs au Canada. Afin de bien comparer les infirmières praticiennes des autres provinces, il nous semble primordial de s'assurer de l'équivalence des formations pré-requises<sup>47</sup>.

La demande de pratique indépendante et autonome des infirmières praticiennes n'est pas sans soulever certaines interrogations, voire comparaisons avec la formation des médecins elle-même. Plusieurs articles<sup>19, 22, 23, 24, 26</sup> questionnent le bien-fondé d'octroyer l'indépendance aux infirmières praticiennes alors que les programmes de formation des médecins résidents ne cessent d'être sujet à des allongements. Les arguments forts sous tendant le prolongement nécessaire des résidences étant l'alourdissement des clientèles, la complexité accrue des cas ainsi que la nécessité de parfaire les techniques. Ceci rend encore plus subtile la distinction entre les symptômes conduisant à un diagnostic bénin d'un autre plus compliqué, entre la nature et l'exhaustivité des questions devant être posées au patient.

Comment se fait-il alors qu'on songe accorder à des professionnels entraînés avec un nombre d'heures considérablement moindre que celui des résidents, (pré clinique 3600 heures, externat 4800 heures, résidence 2800 heures par année) voire même des étudiants de médecine, une capacité autonome de diagnostic, d'examen, d'investigation et de traitement supérieure à celle qu'on accorde aux médecins en formation<sup>48</sup>?

Ceci touche particulièrement le domaine de la médecine d'urgence où après des années de travaux, la reconnaissance de la spécialité en médecine d'urgence encourage une formation plus poussée que la médecine familiale pour les médecins se destinant à une pratique en urgence.

Nous tenons à souligner que l'ensemble de nos membres avouent très mal connaître le rôle des infirmières praticiennes encore moins leur formation. Avec la confusion générée par autant de disparité de rôles, fonctions et formation, il leur apparaît difficile de se positionner avec vigueur en faveur d'une telle inauguration sans que certaines explications, informations ne soient clarifiées et que des balises soient établies pour définir ce nouveau champ de pratique<sup>13</sup>.

Nos membres se sont montrés favorables à une formation minimale du baccalauréat en sciences infirmières poursuivie d'une formation additionnelle spécifique en urgence de deux ans afin d'avoir les connaissances et l'expertise nécessaires pour une infirmière praticienne qui serait toutefois soumise à un certain contrôle de la part des médecins, la nature de ce contrôle ainsi que des actes permis demeurant à définir.

## INTERACTION AVEC LES COLLÈGUES

### Médecins

Plusieurs études traitent des relations entre les infirmières praticiennes et les médecins. D'ailleurs, la majorité des études de satisfaction, d'analyse de coûts ont été effectuées en comparant les infirmières praticiennes avec des omnipraticiens en milieu de première ligne ou avec des résidents juniors<sup>2</sup>.

Dans l'ensemble, les points litigieux majeurs concernent le niveau de responsabilité et la définition de tâche de chacun. Les médecins ne souhaitent pas devoir co-signer ou assumer une part de responsabilité pour des patients vus et traités par les infirmières praticiennes seulement<sup>6,33</sup>. Cependant, ils sont d'accord pour apprécier l'aide technique apportée par ces dernières particulièrement au niveau des procédures mineures telles que points de suture, plâtres et pour l'ensemble des soins de dépistage et de prévention<sup>8</sup>. Ils se questionnent quant à l'utilité d'ajouter un autre « diagnosticien » alors que les facteurs problématiques caractérisant la pratique en urgence ne se situent pas à ce niveau et ils se questionnent sur les répercussions potentielles sur la relation médecin-patient<sup>23, 55</sup>.

### Résidents

Les études traitant des rapports entre résidents et infirmières praticiennes ne sont pas nombreuses mais rapportent des faits semblables. Les résidents apprécient la présence des infirmières praticiennes parce qu'elles les déchargent d'un fardeau administratif (scut work) lourd et consacrent plus de temps à expliquer aux familles et patients les plans élaborés en réunions multidisciplinaires (par exemple en dictant des résumés d'hospitalisations dans les centres de traumatologie<sup>10, 15, 18, 19</sup> en retirant des drains thoraciques ou cathéters artériels aux soins intensifs). Il est à noter toutefois, que dans cette étude particulière<sup>18</sup>, le coût des infirmières praticiennes en terme de salaire annuel est plus élevé d'environ 12% que celui d'un résident sénior pour un nombre d'heures travaillées de deux fois inférieur.

Des consultations obtenues auprès de nos membres résidents ont fait ressortir des inquiétudes réelles quant à une diminution de leur exposition aux cas mineurs que l'on veut faire voir aux infirmières praticiennes. Ils questionnent aussi le degré d'autonomie ou de supervision qu'ils doivent subir lors de leur résidence et celui envisagé pour des professionnelles infirmières ayant une formation bien différente de la leur. Les répercussions à long terme sur les admissions en médecine et les plans d'effectifs médicaux font aussi objet de préoccupations.

Ils préféreraient que les infirmières praticiennes ne soient pas en pratique dans des centres hospitaliers universitaires et encore moins que leur formation s'effectue conjointement avec celle des infirmières praticiennes. Ils craignent une compétition pour les cas intéressants de même que pour les procédures techniques, compétition qui serait nuisible à la qualité de leur formation<sup>9, 15</sup>.

### Infirmières traditionnelles

Les seules interrogations relatées dans des journaux de sciences infirmières traitent des effets des rôles interchangeables entre les infirmières; praticienne un jour, traditionnelle un autre jour. Nous estimons qu'il est bien important de définir les champs de pratique afin de ne pas confondre les collègues de travail d'éventuelles infirmières praticiennes et d'éviter que des décisions malheureuses ne soient prises alors que le contexte ne s'y prêtait pas et qu'ainsi la santé du patient en fasse les frais<sup>29</sup>.

## CLIENTÈLE PRISE EN CHARGE PAR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES

Dans la plupart des études américaines et britanniques, la clientèle vue par les infirmières praticiennes à l'urgence est celle des catégories de triage inférieures (contrastant avec les objectifs de leur formation énoncés plus haut). Les études initiales établissaient des protocoles de diagnostic et de traitement et, par la suite, elles reflétaient l'indépendance et l'autonomie de leur pratique<sup>5, 14, 16, 17, 35</sup>.

Il est difficile de spécifier un type de problème, ou une clientèle spécifique pour le contexte de l'urgence étant donné que la nature de notre travail ne nous donne pas nécessairement toujours un patient avec un diagnostic bien précis dès son arrivée.

De plus, il est prématuré de supposer qu'à l'urgence, *particulièrement*, les infirmières praticiennes feront preuve de la même qualité et prévisibilité dans leurs diagnostics que leurs confrères médecins dont les habiletés diagnostiques se sont affinées tout au long d'un entraînement sensiblement plus long.

D'ailleurs, l'évolution rapide des connaissances obligent l'urgentologue à maintenir à jour des connaissances très vastes, d'interpréter et d'intégrer la nouvelle littérature de façon critique dans l'ensemble de son travail en l'adaptant chaque fois en fonction de l'individualité du patient devant lui. La littérature consultée n'a pas fait preuve des compétences des infirmières praticiennes dans ce type de formation, ni témoigné de son enseignement dans leurs programmes

de formation. Cependant, plusieurs études semblent indiquer une adhérence aux guides de pratiques établis par les différentes associations (American Heart Association, STD Prevention Group) plus forte chez les infirmières praticiennes que chez les médecins<sup>19</sup>.

La majorité des écrits discutant des bienfaits du travail des infirmières praticiennes sont beaucoup plus convaincants en cliniques de première ligne ou sur des unités cliniques qu'à l'urgence<sup>11,20,36,37,38</sup>. Est-ce que les soins d'urgence, au Québec, sont considérés de la première ligne au même titre que les suivis annuels, les suivis dans les cliniques spécialisées, le dépistage, les vaccinations?

Nos membres sont d'avis que le rôle des infirmières praticiennes doit demeurer supervisé, avec une autonomie relative et une responsabilité cohérente avec les actes entrepris. Que ce soit à l'urgence mineure ou majeure, ils jugent inacceptable qu'un patient obtienne son congé sans que le médecin ait été consulté. Toutefois, l'initiation du plan de traitement, par exemple, prises de sang, électrocardiogrammes, le début de certaines médications (ventolin pour crise d'asthme, ASA pour douleur à la poitrine, tétanos), l'exécution de certaines formes de traitement (plâtres, points de sutures), de même que la participation aux préparatifs du congé (prise de rendez-vous, instructions quant aux pansements, précautions pour traumatismes, etc.) sont autant d'activités où les urgentologues apprécieraient la participation des infirmières praticiennes<sup>30,31</sup>.

## TYPES D'ÉTABLISSEMENT

La présence des infirmières praticiennes en région éloignée est accueillie favorablement. Nous jugeons, en effet, que toutes formes de services médicaux sont meilleures que l'absence complète de ceux-ci. Que les services soient dispensés par des professionnels ayant une meilleure formation ne peut évidemment qu'être bénéfique pour la population en question.

Les centres urbains demeurent problématiques. Nous n'avons pas pu dégager consensus parmi nos membres. Certains émettent l'avis que le recrutement de médecins et infirmières par l'amélioration des conditions de travail dans ces régions peut rendre inutile l'ajout d'infirmières praticiennes. D'autres considèrent que le travail de dépistage, de prévention et le suivi peut aussi être bénéfique dans les endroits moins éloignés.

Ici encore, tout dépend du rôle et des fonctions des infirmières praticiennes à l'urgence. Il est néanmoins certain que nos membres ne considèrent pas le manque de temps pour

voir les patients ou les examiner comme un facteur déterminant dans leur pratique et l'engorgement de leur urgence. Il est aussi incontestable que la présence de ces professionnelles en centre universitaire est loin de faire l'unanimité chez les résidents en formation et qu'il faudrait que cette question soit débattue plus amplement auprès des principaux intéressés.

## RÉPERCUSSIONS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ Qualité des soins

Il ne fait aucun doute dans l'esprit des urgentologues que des infirmières sensibilisées au contexte particulier de la pratique en urgence ne peut qu'améliorer l'ensemble de celle-ci pour tous les intervenants concernés.

La notion de qualité des soins est sujette à une définition souvent mal comprise. Selon les nombreuses études portant sur le sujet, une excellente qualité des soins est l'ensemble de ce qui donne des résultats de santé excellents, résultats définis au sens large par les dimensions physiques, physiologiques et psychologiques des individus<sup>56, 57</sup>.

Cependant la façon de mesurer cette qualité des soins n'est même pas encore bien définie voir acceptée par les experts en évaluation. Et que la *qualité des soins* est un concept bien différent de *l'efficacité clinique* ou de *l'efficacité de la production*.

Bien des études citent une qualité comparable des soins prodigués par les infirmières praticiennes et les médecins. Dans chacune d'elles, des variables différentes ont été mesurées et souvent, les concepts sont interchangés dans l'élaboration des conclusions. L'approche comparative plutôt que normative (comparaison à des standards) a été utilisée. Les études le plus souvent citées ont été effectuées dans les années 1970 et 1980 où malheureusement, la mesure des « patient outcomes » a été négligée. Il nous semble peu approprié de généraliser ainsi en termes de « qualité des soins » ces résultats<sup>55</sup>.

## Efficiencia (cost effectiveness)

Plusieurs études tirent des conclusions favorables pour les infirmières praticiennes en ce sens qu'elles prétendent démontrer que l'introduction des infirmières praticiennes a entraîné une réduction des coûts<sup>1, 7, 12, 28, 40</sup>. Une revue des principales études effectuée en 1998 compare les méthodologies employées et les conclusions générées des résultats obtenus. Les principales raisons évoquées pour l'efficiencia des infirmières praticiennes sont le salariat et la permanence dans un site, contrastant avec la nature rotatoire des résidents et le paiement à l'acte des médecins.

Malheureusement, ces études souffrent des faiblesses suivantes : méthodologie douteuse, petit échantillon de participants et un seul site impliqué. Tout ceci limite grandement la validité externe ou le potentiel de généralisation de celles-ci<sup>55</sup>.

Nous estimons donc que les inférences devant être faites de ces études doivent être très prudentes et que pour le moment, la question de l'efficacité des infirmières praticiennes à l'urgence demeure à préciser. Le contexte québécois différant largement des contextes américain et britannique, il importe d'analyser de manière plus réfléchie les études en provenance de ces pays.

### Engorgement à l'urgence

Nos membres sont sceptiques quant à la possibilité que l'introduction des infirmières praticiennes puisse débloquent de manière significative l'engorgement à l'urgence. En effet, tel que retrouvé à la page 9 du *Plan d'Action sur la situation dans les Urgences* du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, paru en 1999, les principaux facteurs affectant le travail en urgence sont les suivants<sup>60, 61</sup> :

- manque de ressources matérielles comme des moniteurs cardiaques;
- manque des ressources humaines avec expérience à l'urgence;
- accès aux consultants et plateaux techniques (radiologie) difficile;
- long temps d'attente pour les résultats de laboratoire;
- manque de support psychologique;
- accès aux lits limité;
- lieux physiques inadéquats.

L'effet potentiel d'ajouter un autre groupe de praticiens avec des capacités de diagnostic et de traitement n'est donc directement relié qu'avec deux des facteurs soulevés. Nos membres sont d'avis que les infirmières praticiennes ne pourront pas seules régler le problème des urgences.

Il serait préférable que les efforts en vue de solutionner les autres problèmes aient préséance sur les travaux et investissements nécessaires à l'introduction des infirmières

praticiennes dans notre système. Et surtout, que les causes entraînant une présence des clientèles lourdes ou légères à l'urgence soient aussi évaluées en tenant compte de l'accessibilité, de la disponibilité de la consultation urgente, de la prise en charge et du suivi de ces patients par les intervenants de la première ligne.

### IMPLANTATION DE LA PRATIQUE

Tel que soulevé à quelques reprises dans ce document, l'AMUQ estime qu'avant de donner le feu vert à la pratique indépendante des infirmières praticiennes à l'urgence, un travail important d'information, de recherche, de définition de tâches doit être fait. Par la suite, les groupes d'intervenants impliqués devront, en commun, établir le type de formation requise ainsi que les pré-requis à cette formation. Les parties intéressées devront convenir à l'avance des limites du travail des infirmières praticiennes et examiner le rapport qu'elles auront avec leurs collègues de travail.

### CONCLUSION

Loin d'être défavorable à une spécialisation infirmière à l'urgence, l'AMUQ demande toutefois de faire œuvre de prudence dans ce domaine. Certains exemples provenant de l'Angleterre nous ont sensibilisés aux potentiels de glissement de la pratique, initialement prévue sous forme de protocole et supervisée, vers une pratique complètement autonome et indépendante pour laquelle nous émettons de fortes réticences.

Il serait regrettable qu'au fil des ans, les domaines de pratique des infirmières praticiennes et des urgentologues soient si confondus que ceci conduise à un lent remplacement des médecins par ces dernières dans le seul but de diminuer les coûts reliés aux honoraires professionnels.

Nous nous interrogeons sur la pertinence de procéder de cette façon, c'est-à-dire, d'examiner des solutions peut-être moins coûteuses en offrant les mêmes services par du personnel différemment qualifié (ce qui comporte un potentiel de risque non négligeable), plutôt que de traiter des problèmes réels de l'organisation des soins d'urgences.

## Références :

1. Draper L, Nurse practitioners. *Can Med Assoc J* 1993;149 (4) : 400.
2. Check VWA, Rx for nurse practitioner-physician team. *JAMA* 1980 June 27; 242 (24) : 2474-75.
3. Cawley JF, Pickwell SM, Physicians assistant-Nurse practitioners. *JAMA* 1997 April 2; 277 (13) : 1094.
4. De NC, Nurse practitioners and physicians, whose views does CMAJ represent. *CMAJ* 1995 January 1; 152 (1) : 11.
5. Read S, Jones N, Williams B, Nurse practitioners in Accident and Emergency departments. *BMJ* 1993 February 13; 306 : 461-62.
6. Doering LV, Nurse-physician collaboration : At the crossroads of danger and opportunity. *Crit Care Med* 1999; 27 (9) : 2066-67.
7. Ross AE, Nurse practitioners CMAJ. 1973 December 15; 109 : 1183.
8. Dunn MG, Von Ruden JA, A study of physicians attitudes toward the utilization of nurse practitioners in primary care settings. *Military Medicine* June 1978; : 417-420.
9. Boulton BD, Bashir Y, Ormerod OJM, Gribbin JC, Forfar, Cardiac catheterization performed by a clinical nurse specialist. *Heart* 1997; 78 : 194-197.
10. Baggs JG, Schmitt MH, Nurse and Resident Physician Perceptions of the Process of Collaboration in an MICU. *Research in Nursing and Health* 1997; 20 : 71-80.
11. Frew S, Wright J, The admission nurse : A way to expedite and improve the admission process and stop ED diversion. *Journal of Emergency Nursing* April 1999; 25 (2) : 123-4.
12. Cole FL, Ramirez E, Mickanin J, ED nurse practitioners employment by a physician group versus hospital : pros and cons. *Journal of Emergency Nursing* June 1999; 25 (3) : 183-6.
13. Cole FL, Ramirez E, Evaluating an emergency nurse practitioner educational program for its relevance to the role. *Journal of Emergency Nursing* December 1999; 25 (6) : 547-50.
14. Tye CC, Ross F, Kerry SM, Emergency nurse practitioner services in major accident and emergency departments : a United Kingdom postal survey. *J Accid Emerg Med* 1998; 15 : 31-34.
15. Rudy EB et al, Care Activities And Outcomes of Patients Cared for by Acute Care Nurse Practitioner, Physicians Assistants, and Resident Physicians : A comparison. *Am Jour of Crit Care* July 1998; 7 (4) : 267-281.
16. Hooker RS, McCaig L, Emergency Department Uses of physician Assistants and Nurse practitioners : A national survey. *American Journal of Emergency Medicine* May 1996; vol 14 (3) : 245-247.
17. Rhee KJ, Dermeyer AL, Patient satisfaction with nurse practitioner in a University Emergency Service. *Annals of Emergency Medicine* August 1995; vol 26 (2) : 130-132.
18. Spisso J et al, Improved Quality of Care and Reduction of Housestaff Workload Using Trauma Nurse Practitioners. *Journal of Trauma* June 1990; vol 30 (6) : 660-665.
19. Sakr M, Angus J, et al, Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or juniors doctors : a randomized controlled trial. *The Lancet* 1999 October 16; 354 : 1321-1326.
20. Dahle KL, Smith JS, Ingersoll GL, Impact of a nurse practitioner on the cost of managing inpatients with heart failure. *Brief reports* 1998; : 686-688.
21. Marshall J, Protocols and emergency nurse practitioners. *Nursing Times* 1997 April 2; 93 (14).
22. A Natural extension? *Nursing Times* 1995 July 26; vol 91 (3) : 24-26.
23. Debate. Are nurse practitioners merely substitute doctors? *Professional Nurse* February 1996; 11 (5).
24. Boisliveau M, Quel rôle pour l'infirmier de secteur à l'hôpital général? *Soins psychiatrie* September/October 1999; (204) : 27-29.
25. Tye CC, The emergency nurse practitioner role in major accident and emergency department : professional issues and the research agenda. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26 : 364-370.
26. Tye CC, Blurring boundaries : professional perspectives of the emergency nurse practitioner role in a major accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31 (5) : 1089-96.
27. The role and criteria of an advanced nurse practitioner. *British Journal of Nursing* 1996; vol 5 (5) : 288-289.
28. Nurse practitioners : do they enhance patient care? *British Journal of Nursing* 1995; vol 4 (1) : 6-7.
29. Castledine G, Nurse practitioner title : ambiguous and misleading. *British Journal of Nursing* 1993; 2 (14) : 734-35.
30. Aylott M, Expanding the role of the neonatal transport nurse : nurse-led teams. *British Journal of Nursing* 1997; 6 (14) : 799-804.
31. Reveley S, The role of the triage nurse practitioner in general medical practice : an analysis of the role. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28 (3) : 584-591.
32. Slauenwhite S, Dewitt P, Grivell M, Independent nurse practitioners : Is society ready for us? Should they be? *The Canadian Nurse*.
33. Little M, Physicians's attitudes Toward employment of nurse practitioners. *Nurse practitioner* November/December 1978; : 26-29.
34. Sharp N, October 1998 Pew Report : Supportive of Np goals. *The nurse practitioner* December 1998; 23 (12) : 72-77.
35. Moody NB, Smith PL, Glenn LL, Cleint Characteristics and Practice patterns of Nurse practitioners and Physicians. *The nurse practitioner* March 1999; 24 (3) : 94-103.
36. Capan P, Beard M, Mashburn M, Nurse-managed clinics provide access and improved health care. *Nurse Practitioner* May 1993; 18 (5) : 50-55.
37. Buppert C, Justifying Nurse practitioner existence : hard facts to hard figures. *Nurse Practitioner* August 1995; 20 (8) : 44-48.
38. Whitmore SM, Blumberg L, Public perceptions of nurse practitioners. *Nurse Practitioner* February 1996; 21 (2) : 19-20.
39. Ministère de la Santé Ontario, Infirmières praticiennes en Ontario. À l'aube d'une ère nouvelle. Février 1994.
40. CMA. Cost effectiveness of primary health providers : a systematic review. Working paper 95-04.
41. Ministère de la Santé Ontario, Utilisation des infirmières praticiennes en Ontario. Synthèse du document de travail Université McMaster. École des sciences infirmières. Septembre 1993.
42. Ministère de la Santé Ontario. Les Infirmières praticiennes en Ontario. Document de principes. Février 1994.
43. Fédération des Médecins Résidents du Québec, Infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes, physician assistant. Résultat d'une recherche comparative sommaire sur les rôles et fonctions spécifiques de ces professions. Document de travail. Décembre 1999.
44. ACNP position statement on nurse practitioner Education. 1998 June 9.
45. Prescriptive privileges for nurse practitioner. AAFP. October 1996.
46. Historical perspective on Nurse practitioner. NAO. 1995.
47. Desrosiers G, Nursing assistants : misguided ambition or a hidden political agenda? *L'infirmière du Québec*. Éditorial Octobre 1999.
48. Desrosiers G, Is Québec moving toward profession deregulation? *L'infirmière du Québec*. Éditorial vol 4 (4).
49. Daigle S, Nurse first assistant : an evolving project in Québec. *Canadian Nursing Journal* September/October 1996.
50. Desrosiers G, Prise de position Ordre des Infirmières et Infirmier du Québec. Fonction d'infirmière première assistante. 1998.
51. Desrosiers G, Prise de position Ordre des Infirmières et Infirmier du Québec. Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne. 1998.
52. AAPA, Physicians assistant and Emergency Medicine. October 1997.
53. Cooper RA, Henderson T, Dietrich CL, Roles of nonphysician clinicians as autonomous providers of patient care. *JAMA* 1998 September 2; 280 (9) : 795-802.
54. Ryan B, Rural medicine : what role should nurse practitioners play? *JAMC* 1998 July 14; 159 (1) : 68-67.
55. Richardson G, Maynard A, Cullum N, Kindig D, Skill mix changes : substitution or service development? *Health Policy* 1998; 45 : 119-132.
56. Donabedian A, The quality of Care : How can it be assessed. *JAMA* 1988; 260 : 1743-48.
57. Donabedian A et al, Quality, Cost and Health : AN integrative Model. *Medical Care* 1982; 10 (10) : 975991.
58. Mc Kendry R, Physicians for Ontario. Too many? Too few? For 2000 and beyond. December 1999.
59. Barer ML, Stoddart GL, Improving access to needed Medical Services in rural and remote Canadian communities. Centre for Health Services and Policy research. University of British Columbia. June 1999.
60. MSSS. Plan d'action. La situation dans les urgences en 1999. Septembre 1999.
61. Vadeboncoeur A et al, Projet Urgence 2000. De paratonnerre à plaque tournante. Document de travail au groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences pour le compte du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Septembre 1999.
62. American College of Emergency Physicians, Non clinical policies. Guidelines on the role of nurse practitioners in emergency departments. June 2000.

**INFOGRAPHIE :**  
Marc Pageau B.A.V.

Dépôt légal 2<sup>ème</sup> trimestre 2001  
Bibliothèque Nationale du Québec  
Tous droits réservés