



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Guide de référence en lien avec la prise en charge par les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne

Document rédigé en collaboration avec
l'Association des infirmières praticiennes
spécialisées du Québec

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

ISBN : 978-2-550-93041-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

Rédaction

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Madame Elizabeth Arpin, directrice, Direction nationale des soins et services infirmiers

Madame Émilie Coulombe, conseillère experte, Direction nationale des soins et services infirmiers

Consultation

Madame Christine Laliberté, présidente, Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec

Madame Isabelle Levasseur, vice-présidente, Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec

Madame Caroline Lamontagne, coordonnatrice accès 1^{re} ligne, Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne au ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Philippe Lachance, directeur, Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne au ministère de la Santé et des Services sociaux

D^{re} Lucie Poitras, directrice générale adjointe, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

TABLE DES MATIERES

Contexte	1
Analyse comparative	1
Activités cliniques de l'IPS	3
Niveaux d'expériences cliniques	4
Particularités liées à la pratique des IPSPL	4
Convention collective	4
Pratique IPS	4
Obligation déontologique des IPS au regard du suivi des patients.....	5
Collaboration interprofessionnelle	6
Absence prolongée ou départ	6
Charge de cas (« patientèle »)	7
Durée moyenne d'intervention	9
Indicateurs de suivi	10
Conclusion	10
Références	11

LISTE DES SIGLES

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

IPSP : infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

IPS : infirmières praticiennes spécialisées

PIA : pratique infirmière avancée

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée

SAD : soutien à domicile

CONTEXTE

Les premières infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) ont fait leur entrée dans le réseau de la santé en 2007. Depuis, leur rôle est en constante évolution. La présence de ces professionnelles dans les services de proximité n'a fait qu'augmenter depuis ce temps et constitue l'une des clés pour un meilleur accès à des services de santé sur le plan de la première ligne.

L'entrée en vigueur 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*, le 25 janvier 2021, a permis l'élargissement du champ d'exercice des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en reconnaissant l'importance de leur contribution au sein du système de santé québécois.

Considérant le plan ministériel de déploiement des IPS dans la province, les récents changements législatifs ainsi que les objectifs d'accès efficace et rapide à des soins et à des services de première ligne, une réflexion s'impose sur la capacité de prise en charge des IPSPL.

Ce guide constitue donc une référence non exhaustive sur les attentes en matière de prise en charge par les IPSPL dans les services de proximité, compte tenu de leur niveau d'expertise clinique, mais également de leur champ d'exercice. Les balises présentées serviront de base à l'intégration d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de la contribution des IPSPL dans le continuum de soins et de services de première ligne.

ANALYSE COMPARATIVE

La demande d'avoir davantage recours à la pratique infirmière avancée (PIA) est en croissance constante partout dans le monde (Morin, 2018). D'ailleurs, cette pratique a démontré un apport considérable quant à l'efficacité et à la sécurité des soins (Fulton et Baldwin, 2004; Kilpatrick, 2014).

La PIA s'impose de plus en plus pour permettre une réponse adéquate aux besoins de santé des populations. Les résultats probants démontrent que la pratique des IPS a des retombées positives tant pour la population que pour les dispensateurs de soins et le système de santé (Brooten et autres, 2001; Kilpatrick et autres, 2013; Sheer et Wong, 2008).

Martin-Misener et autres (2016) soulignent, dans leur revue de littérature, que la moyenne de prise en charge d'une IPS se situerait majoritairement entre 500 et 1 000 patients, avec une moyenne de 9 à 15 patients vus par jour. Toutefois, la charge de cas d'une IPS demeure difficile à établir étant donné qu'elle dépend de multiples facteurs, tels que l'âge et la condition de santé des patients constituant la charge de cas.

Rayner et autres (2020) ont, pour leur part, étudié les activités des infirmières praticiennes de l'Ontario. Leurs résultats montrent également une variation de la prise en charge allant de 500 à 900 patients et un nombre de 10 à 15 patients vus par jour. Ces auteurs soulèvent toutefois un aspect important, soit la notion d'exercice en région urbaine versus en région rurale. Il apparaît que la charge de cas est nettement supérieure en région urbaine.

Landry et autres (2020) rappellent l'importance de prendre en compte l'ensemble des dimensions du travail de l'IPS dans l'évaluation de sa charge de travail. Bien que la majorité du temps de travail de l'IPS soit du temps de consultation auprès du patient, de sa famille et de ses proches, il faut également prendre en considération le temps de coordination pour assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins au patient.

De plus, les IPS sont largement déployées dans les autres provinces canadiennes. Voici, à titre indicatif, leur nombre et leur contribution à la prise en charge :

Répartition des IPSPL dans les provinces canadiennes et leur contribution à la prise en charge			
Province	Nombre moyen de personnes prises en charge par une IPSPL	Effectifs d'IPSPL de la province en 2020*	Ratio IPSPL par habitant en 2020
Manitoba	500 à 600	105**	1 : 13 178
Alberta	500 à 800	182	1 : 24 411
Colombie-Britannique	800 à 1000	297	1 : 17 558
Nouveau-Brunswick	850 à 1000	144	1 : 5 480
Ontario	800	1 033	1 : 14 352
IPE	800	45	1 : 3 651
Québec	Non disponible	679	1 : 12 672

*Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2020).

**Dernière donnée disponible en 2018.

ACTIVITÉS CLINIQUES DE L'IPS

Tout d'abord, il importe de bien situer les activités cliniques de l'IPSPL. Les IPS, en plus d'exercer les 17 activités réservées aux infirmières à l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmiers et infirmières*, peuvent exercer les activités suivantes :

Les nouvelles activités de l'IPS entrées en vigueur le 25 janvier 2021 apparaissent en **gras** en vertu de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmiers et infirmières*

- 1. Diagnostiquer des maladies**
2. Prescrire des examens diagnostiques
3. Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice
- 4. Déterminer des traitements médicaux**
5. Prescrire des médicaments et d'autres substances
6. Prescrire des traitements médicaux
7. Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice
- 8. Effectuer le suivi de grossesses**

De plus, les IPSPL ont un profil de pratique unique à leur profession, ce qui fait d'elles des professionnelles de la santé à part entière. Ainsi, il est important de considérer les aspects suivants dans les activités professionnelles de l'IPSPL :

- **Évaluation** : Procède à l'évaluation *avancée* de l'état de santé de la personne;
- **Prise en charge thérapeutique** : Choisit les meilleures options de traitements à la lumière des résultats probants et exécute les interventions en vue d'optimiser la santé de la personne;
- **Collaboration, consultation** : Détermine les situations pour lesquelles elle doit collaborer et assure une consultation auprès d'une IPS ou d'un médecin afin d'offrir des soins adéquats et sécuritaires;
- **Gestion des conflits d'intérêts** : Reconnaît les conflits d'intérêts et les gère conformément à l'éthique et à la déontologie;

- **Relation et communication avec la personne** : Crée une relation de partenariat avec la personne, sa famille et ses proches afin d'individualiser le plan de traitements et les stratégies de promotion de la santé;
- **Promotion de la santé** : Met l'accent sur les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie et des blessures;
- **Leadership clinique** : Exerce un leadership clinique auprès des membres des équipes intra et interprofessionnelles, vise l'amélioration des pratiques cliniques appuyées sur les résultats probants, s'implique au développement de la collaboration intra et interprofessionnelle et contribue au soutien clinique des infirmières, à la formation des futures IPS par l'enseignement universitaire et à la supervision des stages.

NIVEAUX D'EXPÉRIENCES CLINIQUES

Trois niveaux d'expériences cliniques basés sur le nombre d'années travaillées directement auprès des patients ont été établis.

Ces trois niveaux se déclinent ainsi :

- Niveau 1 : IPSPL détenant un an et moins d'expérience clinique;
- Niveau 2 : IPSPL détenant de un à trois ans d'expérience clinique;
- Niveau 3 : IPSPL détenant trois ans ou plus d'expérience clinique.

PARTICULARITÉS LIÉES À LA PRATIQUE DES IPSPL

Convention collective

Il est important de se rappeler que l'IPSPL est une employée salariée d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. À ce titre, ses conditions de travail sont enchâssées dans la convention collective de cet établissement. Elle doit notamment effectuer 40 heures par semaine de travail. Elle a droit à 45 minutes de temps de repas ainsi que 30 minutes de pause par jour. Toutes les heures de travail effectuées au-delà de 40 heures par semaine constituent des heures supplémentaires. De plus, elle peut également se prévaloir de congés sociaux et d'aménagement de temps de travail prévus dans la convention collective.

Pratique IPS

L'IPSPL détient une formation en PIA qui inclut plusieurs compétences dont l'accent est mis sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie, en plus d'y ajouter des activités médicales. Certains paramètres liés à sa formation ainsi que certaines réalités des milieux cliniques sont à considérer dans la pratique de l'IPSPL :

- L'IPSPL axe ses interventions sur l'enseignement au patient afin de favoriser l'autodétermination et la responsabilisation envers ses soins. Le temps de consultation peut ainsi être augmenté afin

de préparer les patients aux autosoins, et ce, dans le but d'éviter les récives et les consultations inutiles et de réduire l'incidence des complications des problèmes de santé.

- L'IPSP effectue une prise en charge globale de l'individu, ce qui nécessite un temps d'écoute suffisant pour rassembler tous les éléments d'information pertinents.
- Les IPSP, selon leurs milieux de travail, sont fréquemment une personne-ressource de choix afin d'assurer le soutien clinique à l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire, ce qui nécessite du temps disponible en dehors des visites de suivi des patients.
- L'IPSP qui commence sa pratique (niveau 1) voit majoritairement de nouveaux patients qu'elle ne connaît pas. Elle doit en plus s'approprier son nouveau rôle, ainsi que s'intégrer dans une nouvelle équipe avec tous les défis encourus.
- La démographie régionale est également à prendre en compte dans le niveau de prise en charge d'une IPSP.

Obligation déontologique des IPS au regard du suivi des patients

D'entrée de jeu, mentionnons que les IPS sont des infirmières soumises à des lois et à des règlements qui encadrent la profession, avant d'être des salariées d'un établissement. Ainsi, plusieurs articles du *Code de déontologie* abordent la question du suivi des patients.

En vertu du code de déontologie des infirmières, les IPS exercent des responsabilités professionnelles à l'égard de leurs patients :

Article 17 : L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles. À cette fin, l'infirmière ou l'infirmier doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances.

Article 18 : L'infirmière ou l'infirmier doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. À cette fin, il doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles.

Article 19 : L'infirmière ou l'infirmier doit, si l'état du client l'exige, consulter une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel du domaine de la santé ou toute autre personne compétente, ou le diriger vers l'une de ces personnes.

Article 26.1 : L'infirmière ou l'infirmier ne peut cesser de rendre des services professionnels à un client sauf pour un motif juste et raisonnable. Constitue notamment un motif juste et raisonnable :

1° l'incitation de la part du client à l'accomplissement d'un acte illégal ou qui va à l'encontre du présent code;

2° le non-respect par son client des conditions convenues dans le contrat de services professionnels, incluant les honoraires, et l'impossibilité de négocier avec ce dernier une entente raisonnable pour les rétablir;

3° la décision de l'infirmière ou de l'infirmier de réduire sa pratique ou d'y mettre fin.

Article 27 : Avant de cesser de rendre des services professionnels à un client, l'infirmière ou l'infirmier doit :

1° l'en informer dans un délai raisonnable;

2° prendre les moyens nécessaires pour que cette cessation de services ne lui soit pas préjudiciable.

De façon générale, en vertu des articles 44 et 44.1, l'IPS doit « prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements ». Plus spécifiquement, lorsqu'elle prescrit un examen ou une analyse de laboratoire, elle doit « en assurer le suivi requis par l'état du client, à moins de s'être assuré qu'une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place ».

Les modalités de suivis, de transferts de patients entre professionnels ainsi que les modes de collaboration devront être déterminées par l'organisation en fonction des besoins et des ressources disponibles.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

La collaboration interprofessionnelle est un incontournable pour l'IPSPL dans l'exercice de ses fonctions. Cette collaboration doit se traduire par une implication de l'IPSPL dans la prise de décisions qui concerne son travail, mais également ses patients.

L'IPSPL doit collaborer avec l'ensemble des professionnels qu'elle côtoie, et cela peut se traduire de différentes façons :

- Collaboration avec son groupe de médecins collaborateurs;
- Collaboration avec les autres professionnels de son milieu;
- Collaboration mutuelle (médecins – IPS) dans un effort d'équipe pour assurer la couverture des patients des médecins ou des IPS du groupe qui sont absents ou qui quittent leur poste pour diverses raisons (retraite, relocalisation, etc.);
- Participation aux heures et aux journées défavorables, ainsi qu'aux quarts de garde le cas échéant, de façon équitable avec les autres professionnels.

Il est important de rappeler que ces mécanismes de collaboration font par ailleurs l'objet d'une obligation réglementaire en vertu de l'article 21 du *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*. celles-ci doivent « prendre les moyens raisonnables pour s'assurer de la présence de mécanismes de collaboration visant la continuité des soins et des services requis par l'état de santé du client tout au long de la trajectoire de soins ou pour contribuer à la mise en place de tels mécanismes de collaboration ».

Absence prolongée ou départ

Selon les obligations déontologiques, et afin d'assurer l'accès et la continuité des soins essentiels à la population, l'IPSPL qui doit s'absenter pour une durée prolongée et de façon prévisible, mais avec un retour attendu, par exemple dans le cas d'un congé de maternité, doit confier la prise en charge de ses patients à l'ensemble de l'équipe médecins – IPS du cabinet, dans un esprit de collaboration. De même,

lorsqu'un médecin de famille s'absente pour un congé défini, l'IPS doit également participer à assurer la prise en charge de ses patients, de façon équitable avec l'ensemble du groupe.

Lorsque l'IPSPL quitte le cabinet dans lequel une patientèle lui est confiée, il est attendu que celle-ci assure un plan de transition en collaboration avec son établissement. Ce plan de transition doit prévoir :

- un délai raisonnable et en respect des politiques organisationnelles ainsi que des ententes convenues avec le cabinet, et ce, dans une optique de collaboration interprofessionnelle;
- un respect des conventions collectives en vigueur;
- l'identification des personnes-ressources pour la prise en charge des patients et le suivi des examens ou des analyses demandées.

CHARGE DE CAS (« PATIENTÈLE »)

Le nombre de patients pris en charge par l'IPSPL dépend à la fois des particularités énumérées précédemment et du niveau d'expérience clinique de l'IPSPL.

La charge de cas est également influencée par :

- le nombre de jours travaillés par semaine en clinique versus autres obligations ou conditions de travail (enseignement, supervision de stagiaires, congés sociaux, aménagement de temps de travail en horaire comprimé, etc.);
- la combinaison d'une pratique en clinique et dans d'autres milieux (centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), soutien à domicile (SAD), clinique jeunesse, etc.);
- la participation à des activités demandées par l'employeur (Conseil des infirmières et infirmiers, formations, rayonnement de la profession, rencontre d'équipe, etc.);
- l'accès aux autres professionnels en groupe de médecine de famille (ex. : infirmière clinicienne, travailleurs sociaux, etc.), afin que le patient soit suivi par le bon professionnel de l'équipe interdisciplinaire selon ses besoins;
- tout comme pour le médecin, la vulnérabilité et la complexité de sa patientèle;
- la lourdeur de la patientèle prise en charge par l'IPSPL, qui influence le nombre de patients vu par jour, la durée des rendez-vous et la patientèle totale. Plus l'IPSPL est expérimentée, plus la fluidité des rendez-vous augmentera et le temps passé en discussion avec l'équipe interdisciplinaire, dont le médecin, diminuera.

Considérant les éléments précédents, nous proposons une patientèle en fonction du niveau d'expérience clinique de l'IPSPL qui pourra être modulée en fonction des particularités et des constats faits dans les sections précédentes.

Nombre de patients selon les années d'expérience clinique en pratique exclusive*		
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
250 patients la première année	Augmentation jusqu'à 650 patients graduellement	800 à 1 000 patients graduellement à 5 ans

* Ces données sont le reflet d'une pratique exclusive en cabinet, à temps complet.

Considérant que la majorité des IPSPL a un profil de pratique mixte, il est attendu qu'une IPSPL qui pratique, par exemple, 3 jours en clinique et 2 jours en CHSLD ou autre activité aura une cohorte d'environ 400 à 600 patients selon la complexité de sa patientèle. La pratique mixte peut également se traduire par la participation de l'IPS à une trajectoire de son établissement, et ce, à l'interne ou à l'externe de son lieu d'exercice principal (guichet d'accès à la première ligne, services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, trajectoire pédiatrique, etc.).

Pour une IPS de niveau 3, cela représente environ 150 à 200 patients pris en charge par journée de présence clinique.

Nombre de patients selon les années d'expérience clinique en pratique mixte (SAD, CHSLD, etc.)*		
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
100 patients la première année	100 à 400 patients graduellement	450 à 600 patients graduellement à 5 ans

* Ces données sont le reflet d'une pratique mixte à raison de 3 jours par semaine en cabinet.

DURÉE MOYENNE D'INTERVENTION

Considérant les balises de prise en charge énoncées à la section précédente, nous ajoutons également à ce guide un tableau de durée moyenne en fonction du type d'intervention et du niveau d'expérience clinique de l'IPSPL. Les temps représentant une moyenne, la durée des rendez-vous peut varier en fonction du niveau de connaissance, de la complexité du dossier ainsi que de l'historique de santé du patient.

Durée moyenne d'intervention selon le niveau d'expérience*			
Types de rendez-vous	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Nouvelle prise en charge ou 1 ^{er} rendez-vous	60 à 75 minutes	60 minutes	60 minutes
Suivi psychosocial	45 à 60 minutes	30 à 45 minutes	30 à 45 minutes
Examen annuel	60 minutes	45 à 60 minutes	45 à 60 minutes
Premier suivi de grossesse	60 à 90 minutes	60 minutes	60 minutes
Suivi de grossesse subséquent	30 à 45 minutes	30 minutes	30 minutes
Suivi pédiatrique	45 minutes	30 à 45 minutes	30 à 45 minutes
Suivi maladie chronique	30 à 45 minutes	30 minutes	30 minutes
Sans rendez-vous ou accès adapté	30 à 45 minutes	30 minutes	20 à 30 minutes
Suivis, relances, plan de traitement, discussion de cas, etc.	60 à 90 minutes/jour	60 minutes/jour	60 minutes/jour

* Ce tableau est à titre indicatif et représente un temps moyen d'intervention. Ainsi, une IPS de niveau 2 ou 3 qui gère plus d'une raison de consultation dans la visite pourrait prendre plus de temps. Le jugement clinique de l'IPS en fonction du niveau de connaissance de ses patients a primauté sur l'organisation de son temps de travail. Les durées de rendez-vous pourront être adaptées en fonction de la complexité du cas rencontré.

INDICATEURS DE SUIVI

Aux fins de suivis, le MSSS propose les indicateurs suivants :

- Nombre de patients dans la charge de cas de l'IPSP;
- Taux d'assiduité de l'IPS dans sa clinique;
- Cote de vulnérabilité des patients pris en charge par l'IPSP;
- Nombre de patients inscrits à partir du Guichet d'accès à un médecin de famille par les IPSP (à venir);
- Nombre de patients non inscrits vus par l'IPSP (à venir).

CONCLUSION

Le présent document constitue un outil de référence provincial permettant de guider l'IPSP dans sa prise en charge et son temps d'intervention auprès des patients. Il représente également un outil de référence pour les intervenants interdisciplinaires qui collaborent avec les IPSP. Les indicateurs de suivi permettront d'évaluer de manière objective l'efficacité et l'accessibilité aux services de première ligne au regard du déploiement des IPS au Québec.

Considérant que des travaux découlant du projet de loi n° 6 sont en cours en lien avec l'exercice des IPS, que les IPSP ne peuvent pas évaluer les troubles mentaux et effectuer certaines activités particulières telles que remplir des documents liés à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, retardant ainsi les trajectoires de suivi de leurs patients, que les IPSP ne peuvent déterminer les cotes de vulnérabilité de leurs patients et établir formellement leur charge de travail actuelle, il est prévu que le MSSS révisé le document en temps opportun.

Finalement, il importe de rappeler que l'IPSP est une professionnelle autonome. Elle est en mesure de juger du temps de consultation nécessaire selon le niveau de complexité ou les besoins du patient. La qualité et la rigueur des soins et des services offerts par cette professionnelle demeurent au centre de ses préoccupations.

RÉFÉRENCES

BROOTEN, D., et autres. « A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: Outcomes and costs », *The American Journal of Managed Care*, vol. 7, n° 8, 2001, p. 793-803.

CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES DU QUÉBEC. [<http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-8,%20r.%209>].

FULTON, J.S., et K. BALDWIN. « An annotated bibliography reflecting CNS practice and outcomes », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 18, n° 1, 2004, p. 21-39.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Health workforce stats*, 2020. [<https://www.cihi.ca/en/nurse-practitioners>].

KILPATRICK, K., et autres. « Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: Results of a national survey », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50, 2013, p. 1524-1536.

KILPATRICK, K., et autres. « The effectiveness and cost effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: A systematic review », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 20, 2014, p. 1106-1123. doi : 10.1111/jep.12219.

LANDRY, V., et autres. « 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*, vol. 3, n° 1, 2020, p. 1-14. [<https://doi.org/10.31770/2561-7516.1069>].

MARTIN-MISENER, R., et autres. « Nurse practitioner caseload in primary health care: Scoping review », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 62, 2016, p. 170-182. [<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.019>].

MORIN, D. *La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie*, Montréal, Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, 2018, 88 p.

RAYNER, J., et autres. « Nurse practitioner activities in Ontario family health teams: Comparing three different data sources », *Nursing leadership*, vol. 33, n° 2, 2020, p. 67-79.

SHEER, B., et F. WONG. « The development of advanced nursing practice globally », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40, 2008, p. 204-211.



msss.gouv.qc.ca