



# Les infirmières en milieu isolé des alliées de première ligne

*Mélanie Cossette-Gagnon et Gilles Cossette*

**Il est quatre heures du matin. L'infirmière du dispensaire d'Umiujaq vous téléphone alors que vous êtes de garde à Salluit, un village situé près de 600 km plus au nord. Elle vous parle de Pauloosie, un nourrisson âgé de neuf mois, qui souffre de diarrhées et de vomissements depuis la veille. L'enfant présente une fréquence cardiaque de 170 pulsations par minute, une saturation en oxygène de 98 % et une température de 38,8 °C. Il souffre d'une déshydratation modérée et est incapable de boire. L'infirmière a diagnostiqué une otite à l'oreille gauche et aimerait avoir votre avis quant au traitement approprié. Elle pensait amorcer une antibiothérapie, selon les recommandations du guide thérapeutique, et réhydrater l'enfant par voie intraveineuse. Qu'en pensez-vous ?**

**L**E QUÉBEC COMPTE PRÈS DE 40 collectivités<sup>1</sup> où les services de première ligne sont assurés par des infirmières supervisées par un médecin qui effectue des visites ponctuelles, de l'Île-d'Entrée aux Îles-de-la-Madeleine au village inuit d'Akulivik dans le Nord-du-Québec.

Dans le présent article, nous aborderons l'histoire de cette pratique au Québec, les diverses fonctions exercées par ces fournisseuses de soins et les défis liés au travail interprofessionnel, en prenant l'exemple du Nunavik. Pour terminer, nous tenterons d'établir un parallèle entre cette formule de travail bien particulière et celle des infirmières praticiennes de première ligne, une classe de professionnelles qui pourrait bientôt faire son apparition au Québec.

## Qu'est-ce qu'une infirmière en milieu isolé ?

### Un peu d'histoire

L'arrivée des premières infirmières au Nunavik coïncide avec la sédentarisation des diverses commu-

*La D<sup>re</sup> Mélanie Cossette-Gagnon exerce depuis quatre ans au CLSC d'Inukjuak, dans la région de la baie d'Hudson, au Nunavik. L'infirmier Gilles Cossette exerce au CSSS du Nord de Lanaudière et est chargé de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il a également pratiqué en milieu isolé pendant dix ans et est titulaire d'un diplôme d'infirmier praticien en soins de santé primaires de l'Université Laurentienne, en Ontario.*



Photo : David Rouault

nautés nomades du territoire inuit. C'est au moment de la création des premiers postes de la Compagnie de la Baie d'Hudson<sup>2</sup>, en 1909, qu'on assista à la fondation de plusieurs villages. En 1953, la souveraineté canadienne dans l'Arctique, qui est alors inoccupé, est menacée par la présence d'autres nations. Des mesures ont donc été prises, notamment l'établissement d'une série de bases radar et météo en partenariat avec les États-Unis.

À ce moment, les soins de santé étaient encore prodigués par quelques médecins itinérants, mais l'ampleur de la croissance démographique contribuant à accroître la demande, le gouvernement s'est vu forcé d'établir quelques postes infirmiers. Ces postes servaient

**Figure**

*Les diverses communautés autochtones du Québec*



Source : Affaires indiennes et du Nord Canada. Les Nations ; 2004. Reproduit avec l'autorisation du ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

à la fois de dispensaire, de pharmacie et de résidence pour une infirmière qui y demeurerait pendant au moins six mois. Cette dernière traitait les problèmes de santé courants, effectuait l'ensemble des suivis et pratiquait les accouchements et les petites chirurgies. Un médecin itinérant continuait de faire une ou deux visites par année dans cette région nordique.

### *Qu'en est-il de nos jours ?*

Aujourd'hui, l'infirmière qui travaille dans le Grand Nord demeure en poste de deux à trois mois consécutifs. Elle est logée et dispose de toutes les commodités nécessaires. Chaque localité compte au moins deux infirmières. Les plus petits villages, notamment Akulivik qui compte 411 habitants, reçoivent la visite mensuelle d'un médecin itinérant, dont les services se limitent à des consultations téléphoniques le reste du temps. Les villages plus densément peuplés sont mieux équipés et bénéficient de la présence permanente d'une équipe de médecins et d'infirmières.

### *La formation et les exigences professionnelles*

Sur le plan de la formation, on constate une nette évolution depuis les débuts. Ainsi, la pratique en dispensaire nécessite aujourd'hui une expérience minimale de trois années en milieu spécialisé comme l'urgence, les soins intensifs, l'obstétrique ou la pédiatrie. Puis, à la suite d'un processus de sélection, les infirmières choisies doivent recevoir une formation pratique qui les préparera aux réalités de la vie et du travail dans le Grand Nord. De constantes améliorations sont apportées à ce programme de formation. Par exemple, sa durée est passée de quelques jours à plusieurs semaines, et des infirmières et des médecins exerçant déjà dans la région y participent. Le programme offert comprend l'apprentissage de compétences de base en évaluation physique, en pathologie, en pharmacologie et en petite chirurgie. Une connaissance générale des techniques d'intervention d'ur-

gence, telles que l'utilisation d'un défibrillateur, est également transmise. Dès leur arrivée sur le territoire, les infirmières sont jumelées à un mentor durant de deux à quatre semaines et assistent avec lui à la consultation des patients, comme le font les résidents avec leurs patrons. Après cette courte période, les nouvelles infirmières sont habituellement intégrées aux équipes des dispensaires suffisamment gros pour permettre la poursuite du mentorat pendant environ trois mois. À la fin du premier mois, ces débutantes commencent à assurer les gardes, c'est-à-dire la prestation proprement dite de services à la population.

La *figure* montre les diverses communautés autochtones sur la carte du Québec. Il est à noter que les villages de la Basse-Côte-Nord n'y sont pas représentés, ceux-ci n'étant pas habités par une population exclusivement autochtone. Autre fait à souligner, les villages situés au nord de Chisasibi et à l'est de Natashquan sont inaccessibles par voie terrestre. L'avion et le bateau y sont les deux seuls moyens de transport possibles.

Malgré les améliorations apportées au programme de formation offert, nous sommes encore loin des recommandations formulées dans un document rédigé à cette fin par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)<sup>1</sup>. Selon l'organisme, un stage obligatoire de douze semaines, de même qu'une formation continue annuelle de vingt jours, devrait constituer des conditions préalables à la pratique infirmière en région éloignée. Dans ce même document, on établit les parallèles et les différences entre le rôle de ces professionnelles et celui des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, également appelées *infirmières praticiennes en soins de santé primaires* dans les autres provinces canadiennes.

Au Québec, ces infirmières exerceraient en pratique avancée et bénéficieraient d'une grande autonomie. Comme les infirmières en région éloignée, elles travailleraient en collaboration avec d'autres

***Comme les infirmières en région éloignée, les infirmières praticiennes travailleraient en collaboration avec d'autres professionnels, mais disposeraient d'une plus grande autonomie et de responsabilités accrues obtenues en vertu d'un pouvoir légal et réglementées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de même que par le Collège des médecins du Québec.***

Repère

**Tableau****Formation et type de pratique des infirmières praticiennes (IP) dans le monde**

Pays, province ou territoire	Formation	Année de mise en œuvre	Type de pratique
🇬🇧 Royaume-Uni	2 <sup>e</sup> cycle	2002	Pratique autonome
🇦🇺 Australie et Nouvelle-Zélande	2 <sup>e</sup> cycle	2001	Pouvoir de prescription, de consultation et d'hospitalisation
🇺🇸 États-Unis	1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> cycle (selon chacun des 51 États)	1960 (Colorado)	Pouvoir de diagnostic, de prescription et d'hospitalisation (selon les États)
🇨🇦 Ontario	Certificat après le baccalauréat	1970-1983	Pouvoir de diagnostic et de prescription
🇨🇦 Terre-Neuve et Labrador	Diplôme après le baccalauréat	1991-2001	Pouvoir de diagnostic, de prescription et de consultation
🇨🇦 Île-du-Prince-Édouard	Certificat après le baccalauréat	2004	Pouvoir de diagnostic et de prescription
🇨🇦 Nouvelle-Écosse	Certificat après le baccalauréat	2002	Pouvoir de diagnostic et de prescription
🇨🇦 Nouveau-Brunswick	2 <sup>e</sup> cycle	2002	Pouvoir de diagnostic et de prescription
🇨🇦 Québec	2 <sup>e</sup> cycle	En cours	Pouvoir de prescription, sans pouvoir de diagnostic
🇨🇦 Manitoba	2 <sup>e</sup> cycle	2005	Pouvoir de diagnostic, de prescription et de consultation
🇨🇦 Saskatchewan	Certificat avancé, programme d'IP en soins de santé primaires	2002	Pouvoir de diagnostic et de prescription
🇨🇦 Alberta	2 <sup>e</sup> cycle	1996	Pouvoir de diagnostic et de prescription
🇨🇦 Colombie-Britannique	2 <sup>e</sup> cycle	2005	Pouvoir de diagnostic, de prescription et de soins des fractures simples
🇨🇦 Yukon	Certificat avancé, programme d'IP en soins de santé primaires	1992	Pratique en milieu éloigné
🇨🇦 Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	Certificat avancé, programme d'IP en soins de santé primaires	2004	Pouvoir de diagnostic, de prescription et de consultation

professionnels, mais disposeraient d'une plus grande autonomie et de responsabilités accrues obtenues en vertu d'un pouvoir légal et réglementées par l'OIIQ de même que par le Collège des médecins du Québec. Elles devraient avoir terminé une formation uni-

versitaire de deuxième cycle et obtenu un permis d'exercice particulier. Comme en Ontario, où ce concept existe depuis plus de dix ans, ces nouvelles travailleuses de la santé seraient régies par un cadre professionnel, notamment l'adhésion à l'OIIQ, au-

**Les infirmières praticiennes apporteraient un soutien aux équipes en place en augmentant l'accessibilité des soins à la population.**

Repère

quel leur rôle serait imputable. Elles assumeraient, en outre, leur propre responsabilité professionnelle, tout comme en région isolée. Elles offriraient des soins de première ligne, toujours au sein d'une structure établie, et seraient rémunérées selon un tarif horaire. Ces professionnelles apporteraient ainsi un soutien aux équipes en place en augmentant l'accessibilité des services à la population. Le *tableau* à votre gauche donne un aperçu des exigences professionnelles en vigueur ailleurs au Canada et dans le monde.

### *L'encadrement de la pratique : l'exemple du Nunavik*

Afin d'illustrer certaines balises qui permettent d'encadrer le travail des infirmières en milieu isolé, nous utiliserons des exemples très concrets tirés de la pratique de ces professionnelles au Nunavik.

En plus de prodiguer des soins infirmiers, ces infirmières posent une série d'actes délégués, bien définis dans un document communément appelé *guide thérapeutique*<sup>3</sup>. Il leur est ainsi permis d'effectuer certaines interventions, telles que les sutures, la pose de plâtres et d'attelles, la vaccination des enfants, le suivi pédiatrique, l'établissement de diagnostics infirmiers et la prescription d'antibiotiques ou d'analgésiques. Élaboré par un comité de médecins travaillant également sur le territoire, le contenu de ce guide est soumis à l'approbation des médecins et des infirmières avant son utilisation. Des mises à jour y sont aussi apportées régulièrement.

Le maintien des compétences est assuré par des activités de formation offertes périodiquement par les médecins, dans le « Sud » comme dans le Nord, en conférence téléphonique ou en personne. De plus, la possibilité de faire appel à l'expertise d'un médecin (en personne ou au téléphone) permet d'offrir les meilleurs soins possible aux patients selon le jugement de deux professionnels de la santé. Ce service de consultation permet aux infirmières de confirmer

### **Encadré**

#### **Les sages-femmes du Nunavik**

Les premières sages-femmes du Nunavik ont entrepris leur formation vers la fin des années 1980 à l'hôpital de Puvirnituk. Maintenant reconnues comme des professionnelles autonomes, elles suivent toute leur formation dans le Grand Nord et ont permis l'ouverture de maternités attenantes aux dispensaires dans les villages d'Inukjuak (1997) et de Salluit (2004). Dans ces trois villages, elles assurent le suivi de toutes les femmes enceintes, vues préalablement par un médecin au premier trimestre de leur grossesse. Elles s'occupent de la planification et de la réalisation des prélèvements sanguins, prévoient l'échographie du deuxième trimestre (à l'hôpital de Puvirnituk) et consultent les médecins de garde en cas de problème. Elles font les accouchements et effectuent le suivi postnatal de la mère et celui du nouveau-né jusqu'à ce que celui-ci ait atteint l'âge de six semaines. Les sages-femmes sont les premières ressources consultées par les patientes et leurs bébés en cas d'urgence.

Le comité périnatal constitue un bon exemple du travail de collaboration dans le suivi des femmes enceintes. La sage-femme étudie systématiquement le dossier de chacune de ses patientes à 34 semaines de grossesse, avant de le présenter en conférence téléphonique à un comité formé des sages-femmes de Puvirnituk, d'un médecin et des sages-femmes de son village. Ce comité permet de déterminer, en fonction des facteurs de risque et des données du suivi, le lieu d'accouchement le plus approprié aux besoins de la mère et de son enfant (maternité du village, hôpital de Puvirnituk ou Montréal).

Dans la pratique des sages-femmes, les traditions et la médecine moderne doivent également cohabiter, notamment lors de l'accouchement, moment privilégié où les liens familiaux et communautaires sont particulièrement resserrés. Par exemple, il n'est pas rare de voir des dizaines de personnes se déplacer pour venir saluer le nouveau venu. De plus, comme l'adoption de l'enfant par sa grand-mère ou une proche parente est une coutume fréquente, cette dernière et son conjoint peuvent également assister à l'accouchement. L'enfant conservera un lien étroit avec ses deux couples de parents tout au long de sa vie. Selon un adage inuit, il faut une communauté entière pour élever un enfant.

leurs impressions cliniques et la conduite à tenir, et aux médecins d'alléger leur tâche et de se concentrer sur les cas plus complexes.

*Revenons à Pauloosie. Pendant que vous réfléchissez au traitement optimal compte tenu de son état, l'infirmière vous mentionne que l'enfant ne présente pas d'antécédents particuliers et que son calendrier de vaccination est à jour. La mère de Pauloosie s'est conformée aux visites prénatales prévues avec l'infirmière, après avoir été vue par le médecin itinérant au premier trimestre de sa grossesse. L'étude de son dossier après 34 semaines de grossesse, réalisée en conférence téléphonique avec le comité périnatal (encadré), formé des sages-femmes de Puvirnituk et du médecin du village, n'a donné lieu à*

*aucune recommandation particulière. Comme les résultats des épreuves de laboratoire, les signes vitaux et l'échographie du deuxième trimestre étaient normaux, Pauloosie est né à la maternité de Puvirnituaq où sa mère a été transférée à la 36<sup>e</sup> semaine de sa grossesse.*

### **Le rôle des divers fournisseurs de soins**

Comme l'illustre la suite de l'histoire, les infirmières agissent comme intervenantes de première ligne entre les visites du médecin. Elles exercent ce rôle non seulement lors des situations d'urgence, mais également pour la réalisation de certains suivis nécessitant des rencontres régulières plus fréquentes que les visites épisodiques du médecin. Ces infirmières sont ainsi responsables du suivi des femmes enceintes (dans les villages sans maternité), des patients atteints d'affections chroniques comme le diabète ou l'hypertension (pour des mesures régulières des paramètres) et des patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital.

Certains suivis sont assurés presque exclusivement par les infirmières. Par exemple, tous les nourrissons sont examinés par un médecin à l'âge de deux mois. Par la suite, les consultations médicales sont prises en charge par une infirmière jusqu'à ce que l'enfant ait trois ans. En prenant soin de consulter le médecin au besoin, l'infirmière évalue le développement, l'état général et l'alimentation du petit, puis procède à son examen physique et à sa vaccination selon le calendrier en vigueur. À l'âge de trois ans, tous les enfants sont de nouveau examinés par un médecin.

La visite de spécialistes itinérants permet d'éviter des transferts vers le Sud, souvent pénibles pour les patients. Par exemple, les interventions et examens suivants peuvent être effectués dans la région : colposcopie, tympanoplastie, chirurgie plastique, ligature tubaire, gastroscopie, coloscopie, laryngoscopie et arthroscopie. Les infirmières n'orientent pas directement les patients vers ces professionnels, puisque tout patient vu par un spécialiste doit avoir été préalablement évalué par un médecin, en personne ou par téléphone. Par contre, ce sont elles qui gèrent les listes d'attente et les demandes de consultations des patients devant rencontrer un spécialiste et qui assurent la logistique des visites de ces médecins sur le territoire.

Les médecins locaux, quant à eux, répondent aux

consultations des infirmières et assurent la prise en charge des cas d'urgence, en plus de recevoir les patients souffrant d'affections chroniques et ceux qui leur sont adressés par les infirmières pour un problème non urgent. Comme les équipes travaillant en région isolée ne comptent souvent pas de secrétaire médicale, les médecins doivent se charger eux-mêmes de la majorité des tâches administratives. Une bonne part de cette charge de travail est également assumée par les infirmières des dispensaires.

### **Les problèmes de santé que l'infirmière peut traiter en milieu isolé**

Nous avons déjà mentionné plusieurs problèmes de santé dont s'occupent les infirmières en milieu isolé. Voici tout de même quelques exemples supplémentaires tirés du guide thérapeutique utilisé dans les dispensaires de la région de la baie d'Hudson, au Nunavik.

Le volet ORL, par exemple, compte pour un nombre important de consultations dans le Grand Nord, les enfants inuits détenant le record mondial d'otites moyennes aiguës et des complications qui s'ensuivent. Grâce au guide thérapeutique, les infirmières peuvent reconnaître une maladie et ses complications et appliquer un plan de traitement pour les infections suivantes : pharyngite et amygdalite, otite moyenne aiguë et ses complications, sinusite aiguë. En outre, les infirmières peuvent prendre en charge de nombreux problèmes dermatologiques, les infections urinaires, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) non compliquées et les infections vaginales. Il est à noter que le guide thérapeutique énonce aussi très clairement les cas (Ex. : complications, échec thérapeutique, maladies concomitantes) où une orientation vers un médecin est exigée.

En comparaison, la formation des infirmières praticiennes de première ligne leur permettrait de demander des examens diagnostiques et de prescrire des traitements médicamenteux en utilisant une pratique fondée sur des données probantes. Ces dernières pourraient également effectuer le suivi de la clientèle présentant des problèmes de santé chroniques stables, qui serait alors réalisé en tandem avec le généraliste. Le principal élément qui les distinguerait des infirmières en milieu isolé serait leur forma-

tion qui ferait d'elles des professionnelles autonomes et responsables de leur pratique.

### *Médecines traditionnelle et scientifique*

Le travail auprès des populations isolées permet habituellement aux fournisseurs de soins de se familiariser avec différentes formes de médecine locale qui, en raison des échanges restreints avec le monde extérieur, ont souvent été préservées malgré le passage du temps. Que ce soit au contact de pêcheurs madelinots, de Montagnais de la Basse-Côte-Nord ou d'Inuits, la rencontre de l'esprit scientifique et de différentes méthodes de soins se révèle généralement surprenante et enrichissante.

Au Nunavik, par exemple, les moyens limités par le climat rigoureux et l'environnement aride ont donné lieu à des façons de se soigner réduites au strict minimum, mais habituellement efficaces. La méthode d'aspiration traditionnelle, par laquelle les mères aspirent directement les sécrétions nasales de leurs jeunes enfants avec leur bouche, ou l'application de graisse de phoque (un excellent hydratant, quoique très odorant !) sur les lésions cutanées n'en sont que quelques exemples.

Dans ce genre de pratique, où la langue (au Nunavik, environ la moitié des consultations nécessitent l'aide d'un interprète) et la culture constituent des barrières importantes, l'acceptation des différences contribuera à préserver le lien de confiance avec les patients. De plus, ces populations ont leur propre perception de la santé et du temps. Chaque anamnèse constitue un défi de taille, et une maladie « abstraite » comme l'hypertension peut nécessiter maintes explications avant d'obtenir une adhésion réelle au traitement. Patience, ouverture d'esprit et empathie sont donc les premiers instruments à avoir en mains dans une trousse médicale nordique !

### *Une journée dans le Grand Nord*

Les dispensaires du Grand Nord sont ouverts de

9 h à 17 h et fonctionnent pratiquement tous de la même façon. Les matinées sont habituellement réservées au suivi des malades chroniques et des enfants, à la réalisation d'épreuves de laboratoire et à la délivrance d'ordonnances.

Les après-midi sont consacrés aux consultations sans rendez-vous au cours desquelles les infirmières assument la totalité des soins de première ligne avec l'aide du guide thérapeutique et du médecin de référence. Après les heures d'ouverture, la garde de première ligne et le service téléphonique sont également assurés par les infirmières. Les consultations médicales sont nombreuses dans les populations nordiques. En 2001, par exemple, on a enregistré 6900 consultations au sein d'une communauté crie de seulement 700 habitants.

### *Les défis du travail en commun*

Si la collaboration est essentielle dans le Grand Nord pour assurer des services de première ligne, les soignantes font face à certaines difficultés qui contribuent à ajouter nombre de défis à leur travail. D'abord, l'infirmière plongée dans la pratique nordique après quelques semaines de formation vit des moments d'anxiété compréhensibles, compte tenu de l'énorme charge de travail et des responsabilités accrues qui lui sont imposées. Elle aura souvent besoin d'un soutien supplémentaire et fera régulièrement appel à ses collègues expérimentées et aux médecins. Les communications constituent également un enjeu important, étant donné la distance qui sépare souvent l'infirmière du médecin lors des périodes de garde ou des mandats dans certains petits villages. L'infirmière devient alors les yeux, les oreilles et les mains du médecin. Une grande confiance mutuelle s'installe au fil des appels, souvent sans que les deux interlocuteurs ne se soient jamais rencontrés. Cette confiance s'établit graduellement d'une consultation à l'autre, grâce à l'expérience acquise et à nombre de questionnements et de vérifications, tant de la part du médecin

***Le modèle de fonctionnement des infirmières en milieu isolé, notamment au Nunavik, pourrait être une source d'inspiration pour l'établissement futur de la pratique des infirmières praticiennes au Québec.***

Repère

que de l'infirmière, afin de valider les données disponibles et d'établir le meilleur plan de traitement.

Il est évident que le rôle des infirmières en milieu isolé est essentiel à la qualité des soins de première ligne, puisqu'il serait impossible aux médecins de recevoir tous les patients en consultation. Un tel partenariat leur permet de se concentrer sur les cas difficiles et d'offrir des services à une population élargie. Ils peuvent ainsi participer au maintien des compétences des équipes soignantes (guide thérapeutique et activités de formation), de même qu'à divers comités visant l'amélioration de la pratique.

**P**OUR CONCLURE, LE MODÈLE de fonctionnement des infirmières en milieu isolé, notamment au Nunavik, devrait être une source d'inspiration pour l'établissement futur de la pratique des infirmières praticiennes au Québec. Sans cesse en mutation, cette formule de travail a maintes fois prouvé son efficacité au fil des années. La formation continue, la collaboration et le lien de confiance constituent les éléments clés de cette pratique de première ligne en tandem.

*Qu'advient-il de Pauloosie? Une tempête de neige empêchant tout déplacement, vous vous préparez à offrir plusieurs heures de veille, en assistant l'infirmière qui se trouve à près de 600 km de votre poste, pour permettre à cet enfant de recouvrer la santé.* 📶

**Date de réception :** 6 avril 2006

**Date d'acceptation :** 9 juin 2006

**Mots clés :** infirmière praticienne, collaboration, formation

La D<sup>re</sup> Mélanie Cossette-Gagnon et l'infirmier Gilles Cossette n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée* (vol. 1). Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2004.
2. Phillips RAJ. *Canada's North*. Toronto: MacMillan; 1967.
3. Équipe médicale du Centre de

## Summary

**Nurses in isolated settings: first line helpers.** Nurses have been working in Northern Quebec as first line caregivers since the 1950s. Their role has evolved to become a collaborative effort between physicians and other medical professionals. For many years, nurse practitioners have also been present as first line caregivers in other countries and Canadian provinces, where they are also trained. We compare these models with the one in Northern Quebec and extrapolate to see what is applicable to the rest of the province. In the Great North, nurses have different work settings and their roles are defined by a guide detailing the health issues under their responsibility. In addition, northern nurses work with different health professionals, such as visiting specialists and midwives for the care of pregnant women, births and post-partum follow-up of mothers and babies. This well-functioning model of collaboration between nurses and physicians in Northern Quebec could serve as an example for future Quebec nurse practitioners' practices.

**Keywords:** nurse practitioner, collaboration, training

santé Inuulitsivik. *Guide de diagnostic et thérapeutique*. Centre de santé Inuulitsivik, Puvirnituk; 2005.

## Pour en savoir plus...

- Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G et coll. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nursing* 2004; 48 (5): 519-29.
- Crabtree K, Stanley J, Werner KE et coll. Nurse practitioner primary care competencies in specialty areas: adult, family, gerontological, pediatric, and women's health. Washington, DC: Department of Health and Human Services; avril 2002. Site Internet: [www.nonpf.org/finalaug2002.pdf](http://www.nonpf.org/finalaug2002.pdf) (Page consultée en mars 2006)
- Crépeau C. Le Québec encadre la pratique des infirmières praticiennes. *L'actualité médicale*, 16 novembre 2005; 4.
- Fréchette A. Complémentarité médecins-infirmières. Une occasion de bien définir le rôle du médecin de famille dans la société. *Bulletin du Collège des médecins du Québec* 2005; XLV (3): 16-7.
- Garnier E. La loi 90 et les champs d'exercice – Que gagnent et que perdent les médecins? *Le Médecin du Québec* 2004; 39 (2): 1-2, 14.
- Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. *Advanced practice nursing: An integrative approach*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis: WB Saunders; 2005.
- Laurant MGH, Hermens RP, Braspenning JC et coll. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328 (7445): 927.
- Worster A, Sarco A, Thrasher C et coll. Understanding the role of nurse practitioners in Canada. *Can J Rural Med* 2005; 10 (2): 89-94.