

# Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec

Geneviève Roch <sup>a</sup>, inf., Ph.D. et Nicole Ouellet <sup>b</sup>, inf., Ph.D.,

<sup>a</sup> Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre de recherche du CHUQ, axe transfert des connaissances et évaluation des technologies et modes d'intervention en santé

<sup>b</sup> Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

---

Le Canada et le Québec reconnaissent deux types d'infirmières en pratique avancée : l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'infirmière praticienne ou infirmière praticienne spécialisée (IP ou IPS). Depuis leur introduction, l'évolution de leurs rôles respectifs a été marquée par une confusion persistante qui nuit à leur reconnaissance et à leur déploiement dans les organisations de santé. Le but de cet article est de définir les rôles en pratique infirmière avancée et de proposer des approches stratégiques permettant de mieux les situer dans différents contextes de pratique. Nous décrivons d'abord les particularités associées aux rôles des IPS et des ICS, ainsi que certains enjeux relatifs à leur mise en œuvre en contexte québécois. Nous proposons ensuite trois approches stratégiques visant à mieux comprendre et situer leurs rôles respectifs en pratique : une première examine leur développement à même la dynamique des frontières professionnelles en santé; une seconde explore leurs rôles actuels selon trois niveaux de structuration et une troisième précise les contributions distinctives des IPS et des ICS en regard des soins et des services de santé. En s'inspirant de ces approches, différentes stratégies peuvent être envisagées afin que la pratique infirmière avancée puisse se déployer de manière optimale en réponse aux besoins et aux expériences de santé de la population québécoise.

**Mots-clés :** pratique infirmière avancée (PIA), infirmière en pratique avancée (IPA), infirmière clinicienne spécialisée (ICS), infirmière praticienne spécialisée (IPS), infirmière praticienne (IP), rôle, structuration des rôles, professionnel.

---

Les débats entourant la définition et la légitimité du rôle infirmier sont intimement liés à l'évolution de cette occupation. En perpétuant une logique de rupture selon laquelle le rôle infirmier se doit d'être constamment redéfini, l'ambiguïté et les conflits de rôle ne cessent de s'accroître (Spilsbury & Meyer, 2001). Il ne faut donc pas s'étonner de voir poindre ces mêmes difficultés lorsqu'il est question de pratique infirmière avancée (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004; Jones, 2005). Malgré la disponibilité d'un nombre croissant d'écrits permettant de mieux définir les rôles de l'infirmière en pratique avancée, tout indique que la confusion demeure présente en ce qui a trait à l'opérationnalisation de ces définitions. En contexte

québécois, nous pouvons dégager deux sphères d'activité en pratique avancée, soit celle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et celle de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS). Nous relèverons ici les définitions de rôles et certains enjeux associés à la mise en œuvre de chacun pour ensuite proposer trois approches stratégiques permettant de comprendre et de mieux les situer dans différents contextes de pratique. Ces approches stratégiques s'adressent non seulement aux infirmières qui se destinent ou occupent des fonctions d'IPS ou d'ICS, mais bien à toute personne qui croit en la valeur et la contribution de l'exercice infirmier en matière de santé.

---

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Geneviève Roch, département des sciences infirmières, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la Médecine, Québec G1V 0A6. Courriel électronique : [genevieve.roch@fsi.ulaval.ca](mailto:genevieve.roch@fsi.ulaval.ca)

## **Reconnaître la pratique infirmière avancée au Québec : définitions et enjeux**

Pour reconnaître les rôles associés à la pratique infirmière avancée, il convient d'abord de bien les « connaître » et de les circonscrire en fonction du contexte d'exercice. Lorsqu'on réfère aux écrits américains, on remarque que l'expression « pratique infirmière avancée » comprend les infirmières praticiennes (IP), les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS), les infirmières sages-femmes et les infirmières anesthésiologistes (Hamric, Spross, & Hanson, 2009; Janson & Zwygart-Stauffacher, 2010). Au Canada seules les IP et les ICS correspondent à cette expression qui se définit par « un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations » (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2008, p. 9). À la différence du contexte américain, la profession de sage-femme est considérée comme étant distincte de la pratique infirmière et elle est réglementée en ce sens dans la majorité des provinces canadiennes. De fait, au Canada, les sages-femmes n'ont pas à utiliser un savoir infirmier approfondi comme ce peut être le cas aux États-Unis (MacDonald, Schreiber, & Davies, 2005). Pour ce qui est des infirmières anesthésiologistes (ou anesthésistes), certaines initiatives visant l'émergence de leur rôle sont en cours, sans qu'on puisse encore se positionner quant à leur devenir dans l'ensemble du Canada. Voilà pourquoi, seules les IP et les ICS correspondent actuellement à ce qui est compris comme relevant de la pratique infirmière avancée, bien que leur exercice puisse s'avérer différent selon les règlements et les contextes de chaque province. Ainsi, comme l'expose la synthèse des aspects propres à leurs rôles au tableau 1, les IP et les ICS ont été introduites au Canada vers le début des années 1970, mais leur déploiement au Québec a notamment été négocié en fonction de différents enjeux politiques relevant des dynamiques professionnelles, ainsi que des aspects légaux et financiers associés à leur contribution distinctive (AIIC, 2008; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2009).

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009a) définit les IP comme « des infirmières autorisées dont la formation et l'expérience sont plus approfondies, qui font

preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostics, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome ». (p.1). Au Québec les IP n'ont été formellement introduites qu'à partir de novembre 2005, suite à la mise en œuvre en janvier 2003 de la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Durand, 2006). Il importe de préciser que ce cadre de pratique légal leur permet actuellement de déterminer des problèmes de santé courants et circonscrit leur exercice à quatre spécialités, soit la néonatalogie, la cardiologie, la néphrologie et les soins de première ligne. Par conséquent, c'est l'expression « infirmière praticienne spécialisée » (IPS) qui est employée au Québec pour désigner les IP selon leur spécialité d'appartenance. L'encadrement légal dont bénéficie ce domaine de pratique permet ainsi de reconnaître à l'IPS un titre et des activités spécifiques, mais la mise en œuvre d'un rôle autonome et distinctif du champ médical requiert une reconnaissance qui va bien au-delà des seuls aspects légaux. Un récent recensement indique d'ailleurs qu'on ne compte que 57 IPS en exercice au Québec (Marleau, 2010). Les enjeux répertoriés afin de justifier la lenteur du déploiement de ce rôle font état de difficultés au niveau de la planification des effectifs, du financement, de la pérennité des programmes de formation et des conditions de travail associées à ce domaine d'exercice (OIIQ, 2009). En réponse à ces enjeux, il convient de se donner des stratégies permettant de bien situer le rôle des IPS, mais aussi celui des ICS afin de reconnaître les fondements qu'elles partagent et les éléments qui les distinguent dans une perspective intra- et interprofessionnelle.

S'appuyant sur un énoncé de position émis par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009b), l'ICS se définit pour sa part, comme « une infirmière autorisée qui détient une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières et qui a de l'expertise dans une spécialité des soins infirmiers cliniques » (p. 1). Elle exerce aussi un rôle qui inclut des aspects liés à la pratique, à la consultation, à l'éducation, à la recherche et au leadership. À la différence de l'IPS, les règlements qui encadrent sa pratique sont les mêmes que ceux qui s'appliquent aux autres infirmières. Ainsi, bien qu'il soit admis que les ICS puissent développer une expertise particulière, aucun titre de spécialité reconnu légalement n'est actuellement associé à l'exercice de leurs fonctions. Il est toutefois prévu qu'un titre de spécialité en prévention et contrôle des infections

Tableau 1  
Synthèse des aspects propres aux rôles d'IPS et d'ICS

Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	Infirmière clinicienne spécialisée (ICS)
<p>Rôle de l'IP de première ligne introduit au Canada vers 1970 pour améliorer l'accès aux services en région éloignée, déclin des initiatives en 1980 et reprise en 1990. Introduction IPSPL au Québec en 2007.</p> <p>Rôle de l'IP en soins tertiaires introduit au Canada en 1990 pour pallier la pénurie de médecins spécialistes et résidents. Introduction IPS au Québec en 2005 dans les spécialités : néonatalogie, néphrologie et cardiologie.</p> <p>Titre reconnu et exercice réglementé.</p> <p>Expertise et spécialisation dans un des 4 domaines : néonatalogie, néphrologie, cardiologie, soins de première ligne.</p> <p>Emphase sur les soins directs répondant à différents besoins de santé des personnes.</p> <p>Meilleure compréhension du rôle de l'IPS.</p> <p>Formation de 2<sup>e</sup> cycle avec certificat de spécialisation obligatoire.</p>	<p>Rôle introduit au Canada et au Québec vers 1970 en réponse à une augmentation de la complexité des soins. Disparition de postes conséquentes aux compressions budgétaires de 1980 et 1990.</p> <p>Développement du rôle de l'ICS au Québec suit l'évolution des besoins de santé et des programmes de formation de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières.</p> <p>Titre non officiel et confusion dans les différents titres associés et apparentés.</p> <p>Expertise et spécialisation non formelle dans un domaine clinique infirmier, sans reconnaissance légale.</p> <p>Emphase sur le développement de la pratique professionnelle et le leadership organisationnel avec occasions de soins directs variables.</p> <p>Méconnaissance importante du rôle de l'ICS.</p> <p>Formation de 2<sup>e</sup> cycle avec possibilités de certifications sans reconnaissance officielle.</p>

Cette synthèse s'appuie sur AIIC (2008), DiCenso (2008), DiCenso & Bryant-Lukosius (2010), Durand (2006), OIIQ (2009) et communication personnelle avec S. Durand (2010).

avec une certification officielle soit prochainement reconnu par l'OIIQ et des travaux se poursuivent pour la reconnaissance d'une spécialité en santé mentale (communication personnelle avec S. Durand). De manière générale, il ressort que les ICS ont davantage de responsabilités au niveau de l'éducation, de la recherche, du leadership organisationnel et du développement de la pratique professionnelle, alors que les IPS sont davantage impliquées dans les soins directs (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Au Québec, l'émergence du rôle d'ICS a suivi le développement des programmes de deuxième cycle en sciences infirmières, mais son déploiement demeure l'objet de divers enjeux politiques et financiers. On remarque qu'encore aujourd'hui une multitude d'appellations sont employées pour qualifier les ICS, ce qui rend d'autant plus complexe la reconnaissance de leur rôle en pratique. À cela s'ajoute la confusion occasionnée par le titre d'emploi « infirmière clinicienne » utilisé pour qualifier les postes occupés par des infirmières détenant un baccalauréat (Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 2006). Ce faisant, les fondements du rôle de l'ICS, tels que définis dans les écrits (Sparacino & Cartwright, 2009) sont

appliqués avec une importante variabilité et sont parfois même confondus avec des titres d'emplois qui n'y correspondent pas.

Une récente étude synthèse de DiCenso et Bryant-Lukosius (2010) sur la situation de la pratique infirmière avancée au Canada permet de circonscrire les principaux enjeux relatifs à la mise en œuvre des rôles de l'IPS et de l'ICS. Les éléments qu'ils soulèvent permettent notamment d'approfondir les six barrières qui avaient été identifiées dans une étude précédente, soit : 1) la confusion terminologique associée aux rôles de la pratique infirmière avancée; 2) le manque de clarté dans la définition des rôles et des buts attendus; 3) l'emphase mise sur le soutien ou le remplacement médical; 4) la sous-utilisation de leur étendue de pratique respective; 5) l'inefficacité de certaines mesures prises pour surmonter les obstacles rencontrés; 6) l'usage limité des approches fondées sur les résultats probants (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004). En réponse aux défis ainsi soulevés, un cadre de référence intégrateur est proposé afin d'appuyer les décideurs dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des rôles en pratique infirmière avancée (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). En appui à de telles initiatives, les

infirmières elles-mêmes se doivent d'utiliser des stratégies leur permettant de contribuer au développement et à la reconnaissance de la pratique infirmière avancée. C'est dans cette optique que cet article propose trois approches stratégiques visant à mieux comprendre et situer les rôles de l'IPS et de l'ICS en contexte québécois. En nous appuyant sur les définitions que nous venons d'exposer, nous proposons d'abord une approche permettant de situer leur rôle par rapport au dynamisme des frontières professionnelles en santé. Une seconde vise à situer les niveaux de structuration de ces rôles, du générique au spécifique. Puis une dernière vise à offrir quelques pistes quant à leurs contributions respectives et distinctives.

### **Situer la dynamique des frontières professionnelles en santé**

D'importantes pressions sociales, économiques et politiques conditionnent l'évolution des frontières professionnelles tout en entraînant l'introduction de nouvelles occupations (Reeves, Macmillian, vanSoeren, 2010; Trudeau, Grandmont, Lafrance, & Poitras, 2007). En situant le rôle des IPS et celui des ICS à l'intérieur de la dynamique sous-jacente à ces changements dans le domaine de la santé, on arrive à comprendre leur développement dans une perspective intra et interdisciplinaire. Cette approche stratégique permet ainsi de reconnaître comment se positionnent ces rôles quant aux champs de connaissances et de pratique des IPS et des ICS, tout en envisageant la suite à donner à leur déploiement par rapport à celui des autres professionnels et intervenants de la santé. Une telle approche répond principalement aux enjeux relatifs à l'hégémonie médicale, à l'émergence de spécialités cliniques dans le domaine infirmier et au chevauchement des champs de pratique.

Dans le domaine de la santé, il est dit que la médecine a historiquement maintenu une forme de domination professionnelle sur les autres occupations par différentes approches de contrôle et d'exclusion (Halpern, 1992; Turner, 1995; Wolinsky, 1988). L'évolution des professions au Québec s'inscrit donc dans une négociation de ce monopole en ce qui a trait au prestige, aux activités et aux connaissances qui lui sont associés. Plus une profession est spécialisée, plus elle est à risque de laisser aller certaines tâches plus techniques ou moins prestigieuses pour faire face à la compétition découlant de l'augmentation de la demande de services. Au cours des dernières années, nous avons non seulement assisté à une augmentation de demande en matière de services médicaux, mais aussi à une augmentation de la demande de services

infirmiers. Cette situation présente donc des possibilités de développement mitigées pour la pratique infirmière avancée. En effet, le développement du rôle de l'IPS se voit encouragé par le manque de ressources médicales, alors que celui de l'ICS se trouve en partie limité par la volonté de conserver une masse d'infirmières généralistes, plutôt que d'investir sur une pratique avancée qui serait davantage dédiée aux soins directs. Dans les deux cas, la nécessité d'affirmer une autonomie professionnelle s'appuyant sur un savoir distinctif répondant au mandat infirmier et à l'évolution des besoins de santé de la population s'impose pour consolider les acquis de l'IPS et renforcer le développement des ICS à l'intérieur de cette dynamique.

De fait, l'approche stratégique que nous proposons pour situer l'évolution de ces rôles s'inspire du modèle de Nancarrow et Borthwick (2005) selon lequel les frontières professionnelles se modifient en suivant l'une des quatre directions définies au tableau 2. Alors que la diversification et la spécialisation impliquent une expansion intra-disciplinaire des frontières professionnelles, la substitution verticale ou horizontale implique un mouvement interdisciplinaire. Ainsi, on comprend que le rôle de l'IPS découle d'une substitution verticale qui implique l'extension du rôle infirmier par l'inclusion d'activités qui relèvent traditionnellement du champ médical. Son étendue de pratique se trouve ainsi modifiée, mais étant donnée la différence de pouvoir associée aux champs d'exercice médicaux et infirmiers, l'IPS est à risque de se retrouver « techniquement subordonnée » aux médecins, même si elle gagne en autonomie. En utilisant cette stratégie pour situer le rôle de l'IPS, on comprend alors que pour qu'il en soit autrement, la manière dont le service est offert doit s'appuyer sur une conception infirmière, même si les connaissances utilisées relèvent à la fois du domaine médical et infirmier (Janson & Zwygart-Stauffacher, 2010). Il est aussi à remarquer qu'en contexte québécois, quatre domaines de spécialité clinique (néonatalogie, cardiologie, néphrologie et première ligne) ont été reconnus par ce mouvement de substitution verticale. Ce développement marque un gain important au niveau de l'évolution de la pratique infirmière avancée puisqu'il implique une légitimité quant à ces domaines de spécialisation (Salyer & Hamric, 2010). Pour maintenir ces acquis, il importe que ces services spécialisés continuent d'être en demande, que les IPS soient suffisamment en contrôle de leur rôle en pratique et qu'elles maintiennent une concurrence appréciable en matière de coût, de qualité ou de valeur ajoutée (Nancarrow & Borthwick, 2005).

Tableau 2  
Directions par lesquelles les champs d'exercice en santé se modifient

Directions	Modifications
<p><b>Diversification</b> Se définit comme étant l'identification de nouvelles approches de pratique qui n'étaient pas maîtrisées auparavant par un groupe particulier.</p> <p><b>Exemple :</b> Les services infirmiers via télésanté pour assurer le suivi de plaies complexes à domicile ou pour soutenir les autosoins de la clientèle s'ajoutent à ceux déjà offerts par les infirmières.</p>	<p><i>Intra-disciplinaire Intra-professionnelle</i></p>
<p><b>Spécialisation</b> Se définit par l'adoption d'un niveau extrêmement élevé d'expertise dans un domaine disciplinaire spécifique, auquel adhère un groupe particulier de la profession et qui est légitimé par un titre reconnu.</p> <p><b>Exemple :</b> Sans bénéficier de titres reconnus, les infirmières se spécialisent de plus en plus dans des domaines comme les soins à la personne âgée, les soins de plaies, la santé mentale, etc. Le développement de l'expertise de l'ICS se fait à partir de la spécialisation dans un domaine spécifique du champ infirmier.</p>	
<p><b>Substitution verticale</b> Se définit par la délégation ou l'adoption de tâches par-delà les frontières disciplinaires où les niveaux d'expertise ou de formation (et généralement le pouvoir et l'autonomie) ne sont pas équivalents.</p> <p><b>Exemple :</b> L'élargissement du champ de pratique de l'IPS s'est fait par l'intégration d'activités médicales telles que prescrire des médicaments et d'autres substances, prescrire des traitements médicaux, etc.</p>	<p><i>Interdisciplinaire Interprofessionnelle</i></p>
<p><b>Substitution horizontale</b> Surgit quand des intervenants qui ont un niveau similaire d'éducation et d'expertise, mais qui sont de provenance disciplinaire différente, se partagent des activités qui relèvent du domaine de l'autre discipline.</p> <p><b>Exemple :</b> Afin de contribuer au maintien de la santé globale, les infirmières peuvent intervenir auprès des personnes et de leur famille afin d'améliorer leur fonctionnement social, même si au Québec, cette activité est réservée aux travailleurs sociaux, sans leur être exclusive.</p>	

**Adaptation et traduction libre des définitions tirées de Nancarrow et Borthwick (2005)**

Du côté du rôle des ICS, cette même approche stratégique nous permet de comprendre que la situation est fort différente et qu'elle n'implique pas le même stade de développement en matière de pratique infirmière avancée. D'entrée de jeu, on remarque que le développement du rôle de l'ICS découle d'une spécialisation intra-disciplinaire qui n'implique pas l'appropriation de connaissances traditionnellement issues d'autres domaines professionnels. Par conséquent, leur étendue de pratique légale est la même que celle des infirmières généralistes, dont elles se distinguent pourtant par un niveau d'expertise et de connaissance qui devrait leur permettre de résoudre des situations cliniques complexes en fonction de domaines de compétences élargis (Sparacino & Cartwright, 2009). Pourtant, même s'il existe des regroupements infirmiers qui valorisent le développement d'une expertise approfondie dans des spécialités comme la santé mentale, les soins critiques ou les soins à la

personne âgée, il n'y a aucun titre spécialisé qui est formellement reconnu pour les ICS au Québec. De fait, même si le développement de l'expertise des ICS s'appuie sur une formation supérieure en sciences infirmières, des certifications et une expérience auprès d'une population définie et/ou dans un domaine clinique particulier, la mise en œuvre de leur rôle varie selon la requête des milieux dans lesquels elles exercent. La spécialisation étant à la base du rôle de l'ICS, la poursuite de son développement nécessite donc une reconnaissance explicite de spécialisation intra-disciplinaire. En vertu de la dynamique des frontières professionnelles, il faut toutefois s'assurer qu'une reconnaissance de spécialisation ne se fasse pas au détriment du maintien des activités de l'infirmière généraliste, par rapport aux autres professionnels et intervenants en santé. À la lumière de certains constats voulant que les ICS soient actuellement peu impliqués dans les soins directs, il convient aussi de rappeler que les soins

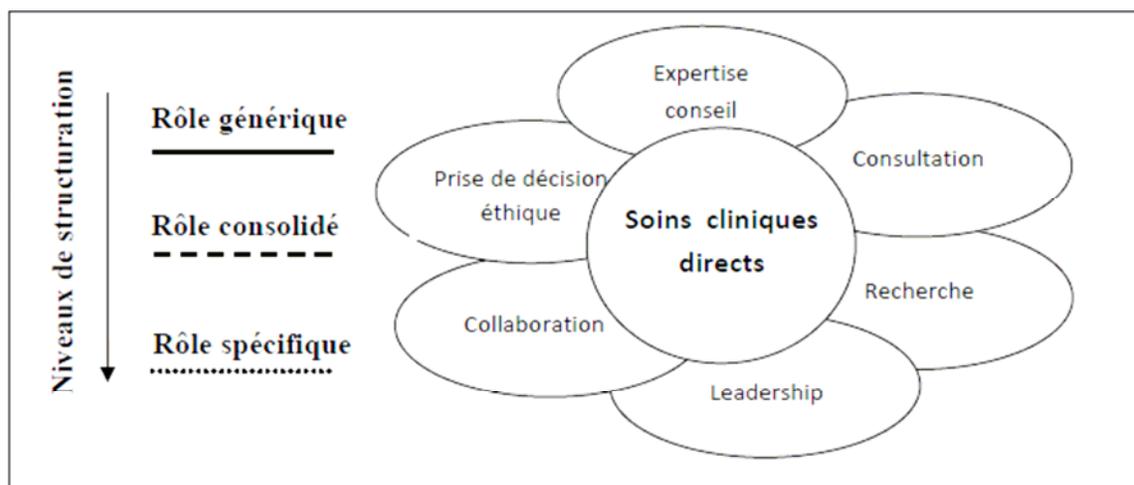
cliniques doivent demeurer au cœur de leur pratique pour justifier l'émergence de spécialités formelles. D'ici là, nous pouvons miser sur la reconnaissance de « spécialisation informelle » afin que les ICS puissent continuer de développer un rôle répondant à la complexité des situations cliniques à résoudre en soins infirmiers dans les différentes organisations de santé.

### Situer les niveaux de structuration des rôles de l'ICS et de l'IPS

Il est dit que la notion de rôle se définit par un ensemble d'attentes associées à une position et définissant les comportements qui y sont rattachés pour chacun dans la société (Thomas & Biddle, 1966). Ce faisant, on pourrait envisager la délimitation du rôle particulier d'une infirmière comme résultant à la fois de son champ disciplinaire, de sa formation, de l'encadrement législatif qui précise son mandat, des particularités de la clientèle à laquelle elle s'adresse et enfin des attentes organisationnelles véhiculées dans chacun des milieux de travail. Dans ces conditions, on comprend facilement que les tâches puissent varier d'une infirmière à l'autre ou d'un milieu à l'autre, tout en demeurant à l'intérieur de certains grands paramètres qui définissent le rôle infirmier en général. L'approche stratégique que nous proposons ici s'appuie sur cette perspective afin de situer les rôles de l'IPS et de l'ICS dans les organisations de santé à travers trois niveaux de structuration.

En nous inspirant de la classification et de la matrice personne-comportement de Thomas et Biddle (1966), nous pouvons dégager trois niveaux de structuration qui permettent de mieux situer la formalisation des rôles de l'IPS et de l'ICS en se rapportant aux sept domaines de compétence en pratique infirmière avancée (Hamric et al., 2009). Tel que l'illustre la figure 1, le niveau générique comprend tout ce qui a trait à l'éthos infirmier, dont les valeurs professionnelles, la substance infirmière, le centre d'intérêt de la discipline infirmière ou encore les modèles conceptuels qui en rendent compte. Ce sont les aspects fondateurs de l'exercice infirmier au Québec, comme dans plusieurs autres régions du monde, ce qui confère à ce niveau une stabilité relative dans le temps et dans l'espace. Le niveau consolidé renvoie à toutes les connaissances pertinentes à l'exercice infirmier en pratique avancée, ainsi qu'au système de régulation et aux considérants socio-culturels. C'est ce qui consolide les rôles infirmiers en pratique avancée ici et maintenant au Québec, mais qui les distingue en partie de ceux qui se développent ailleurs au Canada et dans le monde. Enfin, le niveau spécifique se rapporte à tous les considérants organisationnels, ainsi qu'aux particularités de la clientèle qui modulent l'exercice des IPS et celui des ICS. C'est donc un niveau qui implique une importante variabilité du rôle dans le temps et l'espace. L'approche stratégique qui est ici proposée consiste à intégrer ces trois niveaux afin de structurer les rôles de pratique avancée, de leur conception jusqu'à la mise en œuvre des comportements qui leur sont associés.

Figure 1  
Composantes de la structuration des rôles en pratique infirmière avancée



De prime abord, cette approche stratégique peut paraître plus analytique que pratique, mais dans les faits elle recoupe tous les aspects nécessaires à l'intégration et à la reconnaissance des rôles attendus de l'infirmière en pratique avancée. Ce qui pose souvent problème, c'est quand on intègre l'un ou l'autre de ces niveaux sans se questionner sur ce qui alimente chacun d'eux en lien avec les composantes essentielles auxquelles ils se rattachent. Dans le cas des IPS et des ICS, les sept domaines de compétences (soins cliniques directs, expertise-conseil, consultation, recherche, leadership, collaboration, prise de décision éthique) permettent de situer les composantes essentielles que partagent les rôles en pratique infirmière avancée (Hamric et al., 2009).

Le **niveau générique** vient mettre en relief ce que les IPS et les ICS partagent avec toutes les autres infirmières généralistes et leur permet d'offrir un service qui est fondamentalement distinct de celui des autres professionnels de la santé. Les infirmières partagent les valeurs propres à leur profession peu importe leur niveau de formation et l'expertise développée. Le soin auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations, en interaction constante avec l'environnement, permet à chacune d'intervenir au niveau des expériences de santé vécues (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). C'est ce centre d'intérêt qui oriente une pratique disciplinaire distinctive qui se veut partagée de toutes les infirmières.

À partir du **niveau consolidé**, on voit poindre ce qui distingue les IPS des ICS, mais aussi ce qui les distingue des infirmières généralistes. Pour l'IPS, on verra que des connaissances dites médicales s'ajouteront aux connaissances infirmières qu'elles approfondiront par une formation supérieure, que des lois particulières encadrent leur exercice et que le développement de leur rôle n'échappe pas aux considérants économiques, structurels et politiques dont nous avons brièvement fait mention. Le même raisonnement s'applique pour situer le rôle consolidé de l'ICS à l'intérieur de l'étendue de pratique légale de l'infirmière généraliste, dont elles se distinguent par l'intégration de connaissances et d'habiletés approfondies en regard d'un domaine clinique infirmier particulier.

Le **niveau spécifique** apporte une importante variabilité dans la mise en œuvre des rôles de l'IPS et de l'ICS afin de répondre aux attentes organisationnelles, mais aussi à celles de la clientèle. Selon la structure, les ressources et l'organisation du travail en vigueur dans le milieu où elles exercent les IPS et les ICS auront à

adapter leur rôle en considérant aussi que seuls certains aspects seront davantage mobilisés selon ce qu'elles jugent approprié de faire pour répondre aux besoins de la clientèle à laquelle s'adresse la mise en œuvre de leurs sept domaines de compétences.

En tenant compte de chacun de ces niveaux, on obtient une vision intégrée des rôles des IPS et des ICS. Les mises en situation consignées au tableau 3 exposent brièvement l'intégration de ces trois niveaux. Cela permet de considérer ce que les IPS et les ICS partagent et ce qui les distingue des infirmières généralistes, ainsi que des autres professionnels de la santé. On remarque notamment que chacune emploie une vision du centre d'intérêt de la discipline pour orienter son approche des soins infirmiers, mais qu'elles interviennent de manière distincte selon leur étendue de pratique légale et les particularités associées à la clientèle et au contexte de travail. L'intégration de ces niveaux de structuration permet ainsi de comprendre et d'expliquer les rôles des infirmières en pratique avancée, tout en favorisant la mise en œuvre des comportements qui en découlent chez les IPS et les ICS qui exercent dans les différents milieux de santé québécois.

### **Situer la contribution distinctive des IPS et des ICS en regard des soins et des services de santé**

La réponse aux besoins de santé de la population repose à la fois sur une organisation optimale des soins et services et sur la contribution de l'ensemble des professionnels et intervenants du réseau de la santé. Alors que les deux premières approches stratégiques que nous venons d'exposer nous permettent de situer le développement et la structuration des rôles de l'IPS et de l'ICS, celle qui suit a pour but d'offrir des pistes permettant de situer leur contribution distinctive. Cet aspect permet d'apporter une réponse à la question de la « valeur ajoutée » de la pratique infirmière avancée afin d'être en mesure d'assurer son développement et sa pérennisation. Comme le suggère la dynamique professionnelle que nous avons décrite, le maintien des acquis de l'IPS et de l'ICS dépend en partie de la mise en valeur de leur contribution respective et de ce qui distingue cette dernière de celle des infirmières généralistes et des autres professionnels de la santé. Tels sont les aspects à considérer afin de situer la contribution distinctive de l'IPS et de l'ICS à l'endroit des besoins de santé de la population.

Tableau 3  
 Mise en situation intégrant les trois niveaux de structuration des rôles

<b>Rose, IPS en cardiologie dans un CH universitaire</b>	<b>Josée, IPS première ligne en GMF</b>
<p>Pour Rose, créer une relation de soin empreinte d'humanisme constitue la base de toute intervention. En collaboration avec les cardiologues, elle assure notamment le suivi de clients admis pour infarctus jusqu'à leur congé. Son évaluation et ses interventions tiennent compte de la signification qu'ils accordent à leur expérience de santé. Elle combine ainsi les activités médicales requises par leur état à une approche infirmière globale et autonome. Elle contribue avec l'équipe de soins infirmiers à l'implantation des meilleures pratiques au CHU.</p>	<p>Établir un partenariat de collaboration avec la personne/famille est essentiel pour Josée. Elle intervient auprès de clients de tous âges présentant des problèmes de santé courants en effectuant les activités médicales requises en complément de son champ de pratique infirmier. Au besoin, elle demande l'intervention du médecin de famille partenaire avec qui elle effectue aussi des discussions de cas. Elle participe au développement des compétences des infirmières de son GMF et s'implique actuellement dans une recherche en télésanté.</p>
<b>Sophie, infirmière cadre conseil secteur soins critiques* dans un CH affilié universitaire</b>	<b>Sylvain, infirmier conseiller clinicien en soins infirmiers à la personne âgée* dans un CSSS</b>
<p>Créer une relation de confiance afin de rendre la personne indépendante dans la satisfaction de ses besoins a toujours guidé la pratique de Sophie. Par l'expertise acquise aux soins intensifs et dans les différentes formations et certifications suivies, elle est aujourd'hui à même d'intervenir et d'assurer le suivi de situations de soins complexes. Elle se consacre aussi à l'élaboration de formations à l'intention des infirmières de son secteur et intervient sur différents comités internes et externes.</p>	<p>Pour contribuer à l'équilibre et l'adaptation des personnes âgées et de leurs proches, Sylvain participe à l'optimisation des services et au développement des pratiques à même son CSSS. Les interventions de soins directs qu'il effectue sont sporadiques et s'adressent aux cas les plus complexes. Ces expériences lui permettent ensuite de coacher les infirmières et de contribuer au développement de leurs compétences. Son expertise est reconnue et il contribue à diverses formations et consultations.</p>

\*Rappelons que les ICS détiennent différents titres d'emploi dans les organisations de santé québécoises.

Comme nous l'avons vu, les rôles des IPS et des ICS, bien que répondant tous deux aux mêmes domaines de compétences, se distinguent au niveau consolidé et encore davantage au niveau spécifique. On peut donc s'attendre à ce que leur contribution soit différente. C'est d'ailleurs ce que traduit le temps que consacrent les IPS aux soins directs par rapport à celui des ICS qui est davantage investi dans l'élaboration de programmes et d'initiatives visant l'amélioration de la qualité des soins et des systèmes (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). La pratique clinique demeurant centrale à la pratique infirmière avancée, on comprend toutefois que même si les ICS interviennent généralement de manière épisodique pour offrir des soins directs, leur expertise est mobilisée vers la résolution de situations cliniques complexes propres à leur domaine de spécialisation. Par contraste, les IPS interviennent habituellement de manière courante auprès d'un type de clientèle particulier qu'elles pourront soigner tout en y intégrant les activités médicales qui leur sont reconnues. On comprend donc que les rôles de l'IPS et de l'ICS se

complètent et que les zones de chevauchement qu'elles partagent au niveau des six autres domaines de compétence (Hamric et al., 2009) se distinguent par le fait qu'elles ne s'enracinent pas dans la même approche de soins directs. Il n'en demeure pas moins que la reconnaissance de la contribution des ICS est relativement plus difficile à cerner que celles des IPS en raison de l'importante variabilité dans la mise en œuvre de leur rôle spécifique. Il est donc suggéré de reconnaître les retombées de leur contribution via l'influence qu'elles exercent sur les sphères patient/client, infirmières/pratique infirmière et organisation/réseau (Dayhoff & Lyon, 2009). À la différence des ICS, la contribution des IPS se rapporte principalement à ce qui entoure leurs interventions de soins directs auprès d'une clientèle particulière et on remarque que les études sur les retombées de leur pratique sont plus nombreuses que celles portant sur la contribution des ICS (Kleinpell, 2009). On peut donc retenir que la contribution des IPS et des ICS se distingue principalement par la manière dont elles abordent les soins directs, ce qui implique que l'articulation

avec les autres domaines de compétences conduit aussi à des retombées sensiblement différentes et fortement influencées par le contexte de travail.

Par ailleurs, les IPS et les ICS étant d'abord et avant tout des infirmières, établir leur contribution distinctive par rapport à leurs collègues généralistes demeure un sujet relativement délicat. Les problèmes de division au sein de la profession infirmière n'ont rien de nouveau et pour différentes raisons, relevant notamment du prestige et des privilèges associés aux rôles en pratique infirmière avancée, leur contribution distincte n'a malheureusement pas tendance à être reconnue, ni même valorisée par les infirmières soignantes (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Pourtant, toute infirmière de pratique avancée a d'abord été une infirmière généraliste qui a développé son expertise auprès d'une clientèle particulière et a complété une formation de 2<sup>e</sup> cycle. Par le maintien à jour de ses acquis, elle est alors en mesure de mettre en œuvre un niveau de connaissances et d'habiletés propres aux sept domaines de compétence de l'infirmière en pratique avancée (Dallaire & Dallaire, 2008; Hamric et al., 2009). Selon qu'elles exercent comme IPS ou comme ICS, elles ne seront donc plus appelées à la même contribution que les infirmières généralistes avec qui elles travailleront toutefois en partenariat étroit pour assurer le suivi et le maintien de la qualité des soins. Dans plusieurs organisations de santé québécoises, on note d'ailleurs que les ICS occupent des postes de cadre clinique, ce qui distingue peut-être davantage leur contribution de celles des infirmières soignantes, mais qui peut aussi occasionner certaines tensions hiérarchiques qui n'ont pourtant pas lieu d'être. Par le développement de leur expertise clinique, les infirmières généralistes acquièrent un savoir et des habiletés qui gagnent à être mis en commun avec celle acquise par les ICS et les IPS. En mettant de côté les préconceptions qui sont source de division, toute infirmière devrait d'abord être en mesure de reconnaître sa propre contribution, ce qui permettrait alors d'affirmer d'une seule voix les contributions communes et distinctives de chacune à l'endroit du mieux-être de la population. Pour les infirmières de pratique avancée, cette contribution distinctive s'enracine dans la mise en œuvre de connaissances et d'habiletés spécialisées au travers de leurs sept domaines de compétence.

C'est sensiblement sur les mêmes bases que la contribution des infirmières de pratique avancée se distingue de celles des autres professionnels, dont celles des médecins avec qui les IPS québécoises partagent pourtant cinq activités spécifiques. À cet effet, le principal défi est de mettre l'emphase sur la maîtrise approfondie du champ de connaissances et de pratique infirmier, plutôt que

de se « restreindre » aux quelques activités médicales qui s'y ajoutent. On remarque toutefois que plusieurs études de performance reliées aux retombées de la pratique de l'IPS se sont concentrées à la comparer à celles des médecins ou des résidents. De manière générale, peu de différences statistiques sont soulevées quant aux retombées cliniques des interventions qu'ils partagent, mais on remarque que les habiletés d'interaction que l'IPS entretient avec le client amènent une pratique et des retombées distinctes de celles des médecins et des résidents (Kleinpell, 2009). Ces études suggèrent ainsi que les IPS maîtrisent habituellement aussi bien leurs activités médicales que le font leurs collègues médecins, mais que la maîtrise de leur champ de pratique infirmier implique une « plus-value » qui se précise par l'utilisation de différents indicateurs (Burns, 2009). Pour cerner ce qui distingue la contribution des ICS de celles des autres professionnels de la santé, il faut miser sur les indicateurs qui rejoignent ses domaines de compétence et cibler l'un des dossiers sous sa responsabilité. Autrement, la variabilité de la mise en œuvre de son rôle risque de compromettre la mise en valeur de sa contribution distinctive par rapport aux autres professionnels. Mais en multipliant ses occasions de soins directs et reconnaissant les interventions transversales qu'elle effectue afin d'assurer la qualité des soins et services de santé, on ne saurait confondre sa contribution avec celles des autres professionnels. Pour ce qui est des différences de coûts associées à la contribution des IPS et des ICS (Frick & Stone, 2009), il nous faudrait développer des analyses économiques adaptées aux particularités du système de santé québécois (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Dans tous les cas, cet aspect demeure un enjeu à la reconnaissance de la contribution distinctive des infirmières de pratique avancée au sein des différentes organisations où elles sont appelées à exercer en collaboration avec les gestionnaires et tous les professionnels de la santé.

## Conclusion

Le développement de la pratique infirmière avancée requiert la mise en commun de définitions de rôles qui soient cohérentes avec les réalités du contexte québécois. C'est ce qui a été soulevé par la mise en relief du rôle des IPS et des ICS, tel que défini dans les documents de références canadiens et québécois. Il en ressort que les enjeux entourant le développement de ces rôles se distinguent de plusieurs manières (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). C'est ce qui a motivé la présentation de trois approches stratégiques complémentaires visant à mieux comprendre et situer les rôles de l'IPS et de l'ICS afin de

contribuer à leur déploiement et à leur reconnaissance en contexte québécois. La première nous aura permis de situer leur développement par rapport au dynamisme des frontières professionnelles en santé. La seconde nous aura offert une approche permettant d'appréhender la structuration de leur rôle au niveau générique, consolidé et spécifique. On comprend dès lors que l'articulation de ces trois niveaux permet aux IPS et aux ICS d'assumer des rôles qui s'enracinent dans les fondements infirmiers, mais qui sont consolidés différemment selon les considérants légaux et socio-culturels en vigueur, tout en devant être spécifiques aux contextes organisationnels et aux besoins des clientèles. La troisième et dernière approche stratégique nous permet de situer les contributions respectives et distinctives des IPS et des ICS, afin de mieux justifier la pertinence de leur développement d'un point de vue intra- et interprofessionnel. En s'inspirant de ces approches stratégiques, les infirmières comme toute autre personne intéressée par la contribution des soins et services infirmiers, sont invitées à prendre activement part au développement de la pratique infirmière avancée en contexte québécois.

## Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Ottawa, ON : Auteur. Récupéré de : [http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/anp\\_national\\_framework\\_f.pdf](http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/anp_national_framework_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009a). *Énoncé de position : L'infirmière praticienne*. Ottawa, ON: Auteur. Récupéré de [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS\\_Nurse\\_Practitioner\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS_Nurse_Practitioner_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009b). *Énoncé de position : L'infirmière clinicienne spécialisée*. Ottawa, ON : Auteur. Récupéré de [http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS104\\_Clinical\\_Nurse\\_Specialist\\_f.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS104_Clinical_Nurse_Specialist_f.pdf)
- Burns, S. M. (2009). Selecting advanced practice nurse outcome measures. In R. M. Kleinpell (Ed.), *Outcome assessment in advanced practice nursing* (pp.89-105). New York : Springer Publishing Company.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529.
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.
- Dallaire, C., & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Dans C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 265-305). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Dayhoff, N., & Lyon, B. (2009). Assessing outcomes in clinical nurse specialist practice. Dans R. M. Kleinpell (Éd.), *Outcome assessment in advanced practice nursing* (pp.201-228). New York : Springer Publishing Company.
- DiCenso, A. (2008). Roles, research and resilience: The evolution of advanced practice nursing. *Canadian Nurse*, 104(9), 37-40.
- DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmière clinicienne spécialisée et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation. Récupéré de [http://www.chsrf.ca/final\\_research/ClinicalNurseSpecialistsAndNursePractitionersInCanada\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/final_research/ClinicalNurseSpecialistsAndNursePractitionersInCanada_f.pdf)
- Durand, S. (2006). *Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée. Document conjoint Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec*. Montréal : OIIQ. Récupéré de [http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/IPS\\_Generale.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/IPS_Generale.pdf)
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *Décret tenant lieu de convention collective*. Montréal : Auteur. Récupéré de [http://www.fiqsante.qc.ca/documents\\_publications/documents/decret\\_2006-2010\\_fr.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/decret_2006-2010_fr.pdf)
- Frick, K. D., & Stone, P. W. (2009). Analyzing economic outcomes in advanced practice nursing. Dans R. M. Kleinpell (Éd.), *Outcome assessment in advanced practice nursing* (pp.63-87). New York : Springer Publishing Company.
- Halpern, S. A. (1992). Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries. *The American Journal of Sociology*, 97(4), 994-1021.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : An integrative Approach* (4e éd.). St-Louis, MI : Saunders Elsevier.
- Jansen, M. P., & Zwygart-Stauffacher, M. (2010). *Advanced practice nursing : Core concepts for professional role development* (4e éd.). New York : Springer Publishing Company.
- Jones, M. L. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209.

- Kleinpell, R. M. (2009) Measuring in advanced practice nursing. Dans R. M. Kleinpell (Dir.) *Outcome assessment in advanced practice nursing* (pp.1-87). New York : Springer Publishing Company.
- MacDonald, M., Schreiber, R., & Davis, L. (2005). *Examen des nouveaux rôles en pratique infirmière avancée : Document de discussion*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Marleau, D. (2010). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010. Le Québec et ses régions*. Westmount : OIIQ. Récupéré de [http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2010/effectif\\_infirmier\\_2009-2010.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2010/effectif_infirmier_2009-2010.pdf)
- Nancarrow, S. A., & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 897-919.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Les infirmières praticiennes spécialisées, un rôle à propulser, une intégration à accélérer. Bilan et perspectives de pérennité*. Westmount : Auteur. Récupéré de [http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/IPS\\_Memoire.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/IPS_Memoire.pdf)
- Pepin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Reeves, S., Macmillan, K., & van Soeren, M. (2010). Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio historical analysis. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 258-264.
- Salyer, J., & Hamric, A. B. (2010). Evolving and innovative opportunities for advanced practice nursing. Dans A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing : An integrative Approach* (4e éd.). (pp. 520-540). St-Louis, MI : Saunders Elsevier.
- Sparacino, P. S. A., & Cartwright, C. C. (2009) The clinical nurse specialist. Dans A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing : An integrative Approach* (4e éd.). (pp. 349-379). St-Louis, MI : Saunders Elsevier.
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 3-14.
- Thomas E. J., Biddle B. J. (1966). Basic concepts for classifying the phenomena of role. In B. J., Biddle & E. J. Thomas (Eds.), *Role Theory: Concepts and Research* (pp.23-45). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Trudeau, J-B., Grandmont, S., Lafrance, L., & Poitras, L. (2007). La « loi 90 » : la force de l'interdisciplinarité : Des connaissances et des compétences à partager. Dans M-J Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Eds.), *Le système de soins au Québec : Gouvernance, régulation et participation*. (pp.263-272). Montréal : Gaétan Morin.
- Turner B. (1995). *Medical power and social knowledge*. Sage : London
- Wolinsky, F. (1988). The professional dominance perspective, revisited. *The Milbank Quarterly*, 66, 33-47.