



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS / Étude Delphi modifiée

Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée



Competencies expected of the advanced practice nurse in France: Expert recommendations based on a modified Delphi study

Florence Ambrosino (M Sc N Inf) (infirmière pratique avancée en coordination de parcours complexe, formatrice, consultante en santé, comité de pilotage du GIC Répasi)^{a,*}, Cécile Barrière (M Sc N Inf) (infirmière pratique avancée en gériatrie, coordinatrice au réseau Alp'Agés, comité de pilotage du GIC Répasi)^a, Jane-Laure Danan (Inf PhD) (chargée de mission recherche, DDS-ETS Maison-Blanche, GHT Paris psychiatrie et neurosciences, présidente Fine-EU, chercheur associé Ethos-Interpsy, université de Lorraine)^b, Brigitte Lecointre (Inf) (infirmière libérale, Présidente de l'Anfiide)^a

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Fambrosino13@gmail.com (F. Ambrosino).

Gilberte Hue (M Sc N Inf) (Directrice d'Instituts de formation filière infirmière, Présidente de l'Académie des sciences infirmières)^c, Pierrette Meury (M Sc N Inf) (infirmière pratique avancée en parcours complexe, libérale)^d, Christophe Debout (Inf PhD) (Responsable pédagogique IFITS, membre de la chaire Santé Sc Po/IDS UMR Inserm 1145, secrétaire général de FINE Europe)^{e,f}

^a Anfiide-Gic Répasi, 5, rue Blaise-Pascal, 94440 Villecresnes, France

^b 15, rue des Lions-Saint-Paul, 75004 Paris, France

^c ASI, 10, rue Madon, 13005 Marseille, France

^d 32, résidence les Embruns, 97160 Le Moule, Guadeloupe

^e IFITS, 3, avenue Jean-Jaurès, 93331 Neuilly-sur-Marne cedex, France

^f Institut droit et santé, centre universitaire des Saints-Pères, université Paris Descartes, 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris cedex 6, France

MOTS CLÉS

Autonomie ;
Expertise ;
Leadership ;
Parcours de soins ;
Pratique avancée en
soins infirmiers

Résumé La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure dans son article 119 un exercice en pratique avancée pour les paramédicaux en France. La profession infirmière est directement concernée par ce texte. Un comité de pilotage spécifique a été mis en place par le ministère de la Santé afin de rédiger les textes d'applications de cet article. L'Ordre national des infirmiers (ONI), en vue de préparer sa contribution à ce groupe de travail, a sollicité un groupe national d'experts dans le champ de la pratique avancée infirmière. La mission confiée à ce groupe consistait développer un référentiel d'activités et de compétences relatif à la pratique avancée infirmière en France, basé sur une méthode Delphi impliquant plusieurs experts du sujet, ce référentiel pouvant servir de base à l'élaboration d'un référentiel de formation, utilisable par les universités souhaitant former des infirmiers de pratique avancée en application des dispositions prévues par la loi. Afin de compléter la revue de la littérature internationale réalisée sur le sujet, ce groupe d'experts a formulé ses recommandations et ainsi identifié de manière prospective les activités et compétences attendues d'un infirmier de pratique avancée en France. Prenant pour assise le référentiel de compétences de l'infirmier généraliste, les compétences et activités proposées visent à répondre aux besoins en santé de la population actuellement non couverts ou insuffisamment couverts. Elles mettent notamment en exergue l'expertise clinique, la pratique fondée sur les données probantes, le leadership clinique et l'autonomie dans l'exercice professionnel. Quelques exemples d'activités ont été insérés afin de mieux cerner les contours de ce nouveau métier. Ces recommandations s'inscrivent dans une volonté de promouvoir en France l'utilisation des données probantes dans les décisions de politique publique (*evidence-based policy*).

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Advanced nursing
practice;
Clinical leadership;
Clinical pathway;
Nursing expertise;
Professional
autonomy

Summary Law No. 2016-41 of January 26, 2016 for the modernization of our health system establishes in its article 119 the exercise in advanced practice for paramedics in France. The nursing profession is directly concerned by this text. A steering committee was set up by the Ministry of Health to draft the texts of applications of this article of law. In order to prepare its contribution to this steering committee; the regulators of National Nursing Order (ONI) have set up a national group of experts in the field of advanced nursing practice. The task entrusted to this group consisted in laying the foundations of a reference system of competencies that could be used as a basis for the elaboration of a training reference that could be used by universities wishing to train nurses of advanced practices

in application of the provisions of this new law. In order to complete the review of the international literature on the subject, the panel used a modified Delphi-type methodology to formulate its recommendations and identify prospectively the activities and competencies expected of an advanced practice nurse. Based on competency framework of general practitioner, the proposed skills and activities are intended to meet the health needs population that are currently not covered or insufficiently covered. They highlight clinical expertise, evidence-based practice, clinical leadership, and professional autonomy. Examples of activities have been inserted in order to better define the area of this new profession in France. These recommendations are part of desire to promote in France the use of evidence-based in public policy decisions.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

Plusieurs constats peuvent être dégagés des études démographiques et épidémiologiques réalisées en France. La prévalence et l'incidence des maladies chroniques ne cessent de croître, notamment en lien avec le vieillissement de la population, ce phénomène étant encore aggravé par la croissance du nombre de personnes atteintes de polyopathologies [1]. La démocratie sanitaire est un concept qui occupe une place de plus en plus centrale en France [2]. Sa mise en œuvre se traduit par une implication plus marquée des malades dans les décisions de santé qui les concernent, avec pour corollaire une responsabilisation des patients, désormais reconnus experts du vécu de leur maladie, qui modifie les relations interpersonnelles et incite les soignants à prendre en compte la personne soignée de manière plus globale.

Si l'Organisation mondiale de la santé soulignait, il y a quelques années, la supériorité du système de santé français, sa pérennisation n'est pas sans poser problème alors que l'économie nationale reste dans une situation difficile.

L'offre de soins peine actuellement à répondre adéquatement à l'évolution des besoins et des attentes de la population. Des réformes ont été mises en œuvre dans l'objectif d'organiser l'activité des professionnels autour du parcours de soins du patient [3,4]. Un « virage ambulatoire » a été engagé, fixant l'objectif ambitieux d'atteindre 62 % de prise en charge ambulatoire d'ici à 2020 [5]. Cette orientation modifie profondément les relations ville/hôpital et exige de fait une implication plus grande des proches dans le maintien à domicile et dans les prises en charge de patients atteints de pathologies chroniques. Par ailleurs, les professionnels de santé doivent faire face à des exigences qualité de plus en plus importantes : pertinence, efficacité et efficience des soins, ainsi que performance individuelle et collective [6].

Des axes de progrès multiples sont identifiables dans l'offre de soins en France ; de nombreux champs sont insuffisamment couverts tels que la prévention, le dépistage, l'éducation en santé... En outre, la mauvaise répartition de l'offre de soins médicaux liée à une absence de régulation ne permet plus un égal accès aux soins de premier recours pour tous les citoyens.

Ces constats nationaux et les challenges qu'ils posent en termes de santé publique sont partagés par de nombreux pays occidentaux.

Toutefois, pour relever ces défis, des stratégies nouvelles ont été développées dont certaines sont pourvoyeuses de résultats satisfaisants. C'est notamment le cas de l'introduction de la pratique avancée (PA) en soins infirmiers [7]. On constate qu'un nombre sans cesse croissant de systèmes de santé ont décidé de se doter d'infirmières de pratique avancée (IPA) dans le but de mieux répondre aux nouveaux besoins de santé et d'adopter des organisations plus efficaces et efficientes. L'introduction de cette nouvelle fonction infirmière impose de redéfinir les domaines de compétences des professionnels de santé et leurs modes de collaboration.

L'essor du concept de pratique avancée au niveau international a conduit le Conseil international des infirmières (CII) à créer en son sein un réseau de pratique avancée destiné à favoriser le transfert de connaissances et le partage d'expériences. Ce réseau a émis des préconisations qui font consensus au niveau international : une définition de la pratique avancée a été validée tout comme des recommandations en matière de formation et de régulation de ce type d'exercice [8].

Implanter un modèle de pratique avancée peut conduire à des difficultés considérables qui pourraient mettre en péril ce nouveau rôle et sa pérennisation [9]. Des modèles d'implantation de la pratique avancée ont également été développés comme par exemple le modèle Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for Advanced practice nursing (PEPPA) [10]. Ils insistent sur la nécessité de penser cette fonction, ses missions et activités au regard des besoins de la population. Le modèle PEPPA a été pris pour cadre de référence par de nombreux pays ayant mené une réflexion stratégique dans le but d'introduire la pratique avancée en soins infirmiers. Plusieurs éléments peuvent être dégagés de l'analyse des expériences nationales d'utilisation de ce modèle [10] dans le but de déterminer la nature de la contribution d'une infirmière de pratique avancée. L'intervention de cette catégorie d'infirmières doit prendre en compte les caractéristiques des usagers du système de santé. Elle doit également intégrer l'organisation de l'offre de soins. Sa contribution ne se limitera pas aux approches curatives ou palliatives, mais elle englobera également les actions de prévention et d'éducation à la santé dans l'objectif d'arriver à des générations futures en meilleure santé. Enfin, son exercice reposera sur une approche intégrée, pluriprofessionnelle et

coordonnée, nécessaire à l'accompagnement des parcours de soins des patients.

De nombreuses études étrangères ont exploré l'impact des infirmières de pratique avancée, lorsque cette fonction est introduite dans un système de santé.

Ainsi, une revue de la littérature [11], commanditée par l'Association nationale des gouverneurs (National Governors Associations — NGA), a exploré la contribution des infirmières de pratique avancée en santé primaire. Cette étude a notamment mis en évidence :

- la contribution essentielle des infirmières de pratique avancée dans l'atteinte des objectifs nationaux en matière de santé primaire aux États-Unis ;
- le taux de satisfaction élevé des patients bénéficiant de l'intervention d'une infirmière de pratique avancée ;
- la nécessité de favoriser la pratique de cette catégorie d'infirmières en harmonisant le cadre législatif et réglementaire régissant leur exercice. Ce dernier doit permettre aux infirmières de pratique avancée de prescrire et de conforter leur autonomie.

Une étude récente [12], menée aux États-Unis, souligne également les bénéfices dégagés de l'intervention d'infirmières praticiennes tant au niveau des résultats cliniques qu'en matière de prévention des réhospitalisations des patients.

Par ailleurs, une revue systématique a été réalisée [13] afin de déterminer les résultats imputables aux infirmières de pratique avancée sur la période 1998–2008 aux États-Unis. Les résultats de cette étude montrent que :

- l'intervention des infirmières de pratique avancée est en augmentation croissante et que cette croissance est plus marquée auprès de personnes en situation économique difficile ;
- l'introduction d'infirmières spécialistes cliniques dans les établissements de santé permet de réduire de manière conséquente les durées moyennes de séjour, mais aussi d'améliorer l'efficacité des équipes soignantes ;
- les infirmières de pratique avancée dispensent des soins de qualité aux patients et obtiennent des résultats de soins satisfaisants.

Une autre revue systématique publiée en 2013 [14] a exploré la contribution des infirmières de pratique avancée dans les unités de soins de longue durée accueillant des personnes âgées. Les résultats de cette étude mettent en évidence une réduction de la dépression, de l'incontinence urinaire, de la survenue d'escarres, de l'utilisation de la contention et de comportements agressifs des résidents, observables dans les établissements ayant introduit des infirmières de pratique avancée. On note également une satisfaction accrue des familles et des proches des résidents dans les établissements ayant opté pour le recrutement d'infirmières de pratique avancée.

La Fédération européenne des enseignants en soins infirmiers (Fine), dans une publication de 2014 [15], a identifié au sein des pays européens une hétérogénéité en matière de formation, de certification, de régulation et de périmètre d'intervention des pratiques des infirmiers spécialisés.

Des recommandations ont été formulées au terme d'une étude réalisée aux États-Unis par le Public Policy Institute

(PPI) de l'American Association of Retired Persons (AARP) [16] afin de promouvoir la pratique avancée en soins infirmiers et d'éliminer les obstacles à la mise en œuvre de ce type de pratique.

Une étude ethnographique [17] a mis en évidence la nécessité d'établir un plan stratégique coordonné pour introduire les IPA dans les équipes de soins et surtout d'en clarifier au préalable les rôles, afin d'éviter une introduction fragmentée de cette fonction.

Par ailleurs, des indicateurs spécifiques permettant d'évaluer l'impact des infirmières de pratique avancée ont été développés [18]. Ils explorent à la fois des aspects cliniques, les aspects liés aux interventions réalisées auprès des équipes et plus largement encore l'impact sur l'organisation dans son ensemble [19].

La notion d'« autonomie » représente un des plus gros freins à l'implantation de la pratique avancée en France. Il est classique, lorsque l'on évoque la profession infirmière, de se confronter à la position dominante des médecins dans la hiérarchie sociale des professions de santé, et de l'entendre revendiquer la constitution en compétences professionnelles de la dimension relationnelle du soin [20]. Le terme d'« autonomie professionnelle » est probablement ce qui inquiète le plus les autres professionnels de la santé. Néanmoins, comme le précise la loi de modernisation du système de santé dans son article 119 [4], l'exercice en PA se fera en pluriprofessionnalité et en coopération avec les autres membres de l'équipe, réduisant de fait le champ autonome. La responsabilité est entière, mais l'autonomie vient se frotter aux contraintes de l'organisation. Une autonomie professionnelle vise à la fois l'autonomie stratégique, décisionnelle, organisationnelle, opérationnelle. Dans le cas de l'IPA, la stratégie sera cadrée par la législation (objectifs des rencontres entre les patients et l'IPA, problématiques de santé concernées, activités dérogatoires fixées par décret...), le décisionnel se fera après coordination et ajustement avec les autres professionnels pour permettre une vision large, l'organisationnel sera limité par les moyens mis à disposition de la pratique avancée, l'opérationnel dépendra des ressources accessibles, de la décision collégiale et du souhait du patient.

En France, il est nécessaire de penser la mise en œuvre de cette nouvelle fonction infirmière comme une stratégie visant à répondre aux défis de santé publique actuels. Il est également souhaitable de définir clairement le périmètre d'intervention de ces professionnelles, d'explicitier les compétences qu'elles doivent posséder et de développer un modèle économique adapté. Ces différents points faciliteront grandement leur employabilité.

Dans cet objectif, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place, fin 2016, un comité de pilotage (Copil) ayant pour mission de rédiger un projet de décret d'application de l'article 119 de la loi de janvier 2016 introduisant l'exercice en pratique avancée [4]. Cette réflexion devrait également permettre de produire un référentiel de compétences et de formation permettant un déploiement national de la pratique avancée, exclusivement focalisé dans un premier temps sur le groupe professionnel infirmier. L'Ordre national des infirmiers (ONI) est membre de ce Copil DGOS.

Thème exploré et objectif de la démarche

En juin 2016, l'ONI a souhaité construire « une vision commune pour l'avenir de ce nouveau champ de la pratique infirmière en France » et formuler des propositions concrètes et réalistes permettant la mise en application de l'article 119 de la loi de santé de 2016 [4]. De manière opérationnelle, il s'agissait notamment de développer un référentiel de compétences et d'activités pouvant servir de socle à l'élaboration d'un référentiel de formation préparant les futures infirmières à la pratique avancée. Le cadrage attendu par l'ONI incluait l'élaboration d'une définition nationale consensuelle de la pratique avancée en soins infirmiers, déclinée de la définition internationale et tenant compte du contexte, de la culture et de l'histoire du système de santé français. Ce cadre général devait pouvoir être applicable à l'ensemble des modes d'exercice en pratique avancée (pratique salariée ou pratique libérale) et être déployé sur l'ensemble du territoire français.

La remise d'un livrable sous la forme d'un document de synthèse relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée devait clôturer la réflexion de ce groupe. Afin de constituer ce groupe d'experts, l'ONI a contacté le comité de pilotage du groupe d'intérêt commun « Réseau de pratique avancée en soins infirmiers » (GIC Répasi) de l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants (Anfiide), qui a lui-même réuni plusieurs experts reconnus pour leurs compétences sur la question de la pratique avancée, afin de constituer un groupe de réflexion et de production d'une proposition des référentiels d'activités et de compétences. L'objectif était de développer un référentiel d'activités et de compétences relatif à la pratique avancée infirmière en France, basé sur une méthode Delphi¹ impliquant plusieurs experts du sujet.

Méthodologie

Le groupe d'experts a examiné les approches méthodologiques envisageables afin de répondre à la commande de l'ONI. Une méthodologie adaptée de la méthode Delphi a été retenue. Cette méthode a pour but de mettre en évidence des convergences d'opinion et d'arriver à un consensus à propos d'un sujet donné. Elle repose sur un processus articulant la production, l'agrégation et la modification d'opinions issues d'un groupe indépendant d'experts.

Cette méthode s'appuie généralement sur plusieurs « tours », pour arriver à un consensus au sein du groupe d'experts constitué. Elle a été développée dans les années 1960 par la Rand Corporation aux États-Unis. Elle comporte différentes étapes : constitution d'un groupe d'experts, conception et envoi de documents/questionnaires permettant à chacun des membres du groupe de donner son opinion, intégration des suggestions. La constitution d'un groupe d'experts impose de recruter des professionnels ayant une connaissance du sujet étudié, que Mc Kenna [21] considère comme un panel de personnes ressources.

Le premier tour consiste habituellement à proposer des questions ouvertes au groupe d'experts [22, p. 1008–15].

L'analyse des réponses obtenues au terme de ce premier tour permet de dégager des opinions sur le sujet exploré. Les participants sont encouragés à donner leurs opinions afin de couvrir les champs proposés de manière la plus exhaustive possible.

Le document utilisé lors du second tour intègre les résultats issus de l'analyse des avis émis lors du premier tour. Le nombre de tours, le format des questions posées (variables qualitatives ou quantitatives) ainsi que le support utilisé (numérique ou support papier) sont décidés très en amont de la mise en œuvre de la méthode.

Le succès de la mise en œuvre d'une méthode Delphi repose sur l'efficacité de la coordination du projet. Il est important d'assurer un suivi des répondants et des réponses récupérées à chacun des tours, d'adresser si besoin des relances aux experts et de repérer les changements d'opinion [22].

Les phases caractéristiques de cette méthode ont ainsi été mises en œuvre en accord avec les *guidelines* proposées par Hasson et al. [22] :

- réalisation d'une revue de la littérature internationale pertinente au thème ;
- conception de la version initiale du document de travail ;
- sélection des experts ;
- administration du document par tours successifs ;
- analyse des données recueillies à chaque tour et adaptation du document de travail utilisé lors du tour suivant ;
- production des résultats et des recommandations.

Réalisation d'une revue de la littérature internationale pertinente au thème

Une recherche bibliographique a été réalisée afin de réaliser un état des savoirs sur le sujet. Cette recherche a été facilitée grâce aux ressources du réseau de pratique avancée du CII ainsi qu'à la base de données créée par la chaire de pratique avancée de l'université Mc Master (Ontario, Canada). Par ailleurs, les références nationales ont également été recensées.

Conception de la version initiale du document de travail

Sur la base des références pertinentes retrouvées dans la littérature internationale et nationale, le groupe d'experts a rédigé un document de travail liminaire de 19 pages.

Le document de travail initial comportait plusieurs rubriques : exposé du contexte, objectifs du travail, méthodologie choisie et composition du groupe d'experts. Après une introduction reprenant les déterminants de santé et la définition internationale et les domaines d'activité de l'infirmière de pratique avancée, un *focus* a été mis sur les compétences à développer, articulées autour des champs de la clinique, du leadership, de la recherche et de la formation. Ces compétences avaient été détaillées et articulées avec les compétences issues du référentiel infirmier valide en 2009. Elles intégraient également le référentiel de compétences développé dans le cadre de la mise en œuvre d'un des deux programmes de master en pratique avancée existant en France, en 2009. Un tableau récapitulatif per-

¹ <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi/>.

mettait de les visualiser. Des exemples d'activités étaient proposés afin d'illustrer chaque compétence.

Il appartenait donc au groupe d'experts de l'adapter au contexte français actuel et de l'enrichir des expériences de terrain acquises depuis.

Afin de cibler la réflexion des experts, il était clairement spécifié dans ce document que seules les compétences et les activités des futures infirmières de pratique avancée seraient examinées. Les aspects en lien avec la formation des IPA étaient en dehors de cette réflexion.

Sélection des experts

Le comité de pilotage du GIC Répasi a identifié des critères dans le but de constituer une liste d'experts pouvant être sollicités afin d'intégrer ce groupe Delphi. Plusieurs critères ont ainsi été retenus :

- être infirmier ;
- posséder une excellente connaissance de la profession infirmière, du contexte de la pratique infirmière en France et plus largement du système de santé français ;
- être familiarisé avec la notion de compétences et avec les méthodes permettant d'élaborer un référentiel de compétences ;
- être reconnu par ses pairs au regard de prises de position, publications et communications dans le champ infirmier et/ou dans le domaine de la pratique avancée en soins infirmiers.

Huit experts ont été pressentis au regard de ces critères. Le 21 juillet 2016, l'auteur principal leur a adressé un mail, en leur exposant les modalités envisagées, la méthode retenue ainsi que le rétroplanning proposé. Ils ont tous accepté d'intégrer le groupe.

Le groupe ainsi constitué réunissait plusieurs domaines d'expertises :

- 4 experts étaient titulaires d'un master préparant aux fonctions d'IPA ;
- 2 experts participaient à la mise en œuvre d'un programme de master préparant les IPA ;
- 2 étaient par ailleurs des infirmiers spécialisés ;
- 4 experts possédaient une expertise dans le domaine clinique plus spécifiquement en soins primaires ;
- 3 étaient experts dans le domaine de la pédagogie ; et enfin
- 2 experts étaient responsables d'une organisation infirmière.

Le groupe a approuvé la méthodologie Delphi ainsi que le rétroplanning proposé. Des réserves ont toutefois été émises par certains quant à la période de réalisation des tours et aux échéances ambitieuses de ce projet, la méthode devant se dérouler en période estivale. Par ailleurs, les experts soulignaient la faible disponibilité que leur laissait leur emploi du temps.

Administration du document aux experts dans le cadre de tours successifs

Il a été proposé aux experts de leur adresser le 31 juillet 2016 la première version du document élaborée par le GIC Répasi dans le cadre du premier tour Delphi.

Le groupe devait y apporter réflexions, avis et suggestions et le renvoyer pour le 21 août 2016. De manière pratique, il a été demandé à chacun de porter sur le document qu'il amenderait ses initiales, pour ne pas risquer de perdre des informations ou de générer des confusions.

Un deuxième document, intégrant les modifications proposées lors du groupe au terme du premier tour, a été adressé par l'auteur principal le 28 août 2016 aux experts pour relecture et validation dans le cadre du 2^e tour de la méthode.

Il avait été décidé en amont et de manière consensuelle au regard des échéances fixées par l'ONI et de la période estivale de n'organiser que deux tours.

Analyse des données recueillies à chaque tour et adaptation du document de travail utilisé lors du tour suivant

Les réponses reçues des experts au terme de chacun des tours organisés ont été examinées. Ces éléments ont permis d'apporter des ajustements au document initial dans le but de préparer une version amendée du document soumis à avis général lors du tour suivant. Chaque mise à jour a incrémenté le numéro de version du document.

Production des résultats et des recommandations

À l'issue du deuxième tour, le document a été mis en forme et les signatures des participants apposées, pour être transmis à l'ONI afin de respecter l'échéance du 15 septembre 2016.

Résultats

Premier tour

La conception et la mise en forme du document utilisé pour le premier tour ont occasionné un peu de retard dans la conduite du projet. Ce premier document, intitulé Document de travail V2.4, a été envoyé le 25 août aux experts, au lieu du 31 juillet. Il leur était demandé un retour pour le 5 septembre afin de pouvoir respecter les délais initialement prévus.

En date du 5 septembre, un seul retour a été adressé par un expert. Ce dernier a proposé de le soumettre à son propre groupe d'experts issus de son association professionnelle, et a également formulé des propositions. Il suggère d'ajouter une référence au sujet « des variations dans les pays européens en ce qui concerne la formation, la certification la régulation et le pourtour des pratiques des infirmiers de spécialités » [15], ainsi qu'une maquette de compétences attendues au niveau master articulées avec les compétences au niveau licence (Tableau 1). Dans le corps du document, il a ajouté deux mentions à la compétence « recherche et EBN » : « Elle peut participer à des travaux de recherche internationaux », ainsi que « elle connaît et respecte les règles d'éthique de la recherche ». Dans les activités, les pathologies chroniques ont été précisées, le texte est reformulé ainsi : « suivi de patients atteints de pathologies

Tableau 1 Compétences attendues au niveau master (CM) en lien avec les compétences du niveau licence (CL) [23].

Compétences attendues niveau master		Compétences attendues niveau licence		
C1M	Maîtriser la consultation d'évaluation diagnostique	Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	CoM	C1L
C2M	Assurer le suivi global coordonné	Organiser et coordonner des interventions soignantes	TSP	C9L
C3M	Assurer des actes à visée diagnostique et thérapeutique et prescrire des thérapeutiques Développer l'éducation thérapeutique	Mettre en œuvre des thérapeutiques et des actes à visée diagnostique	CoM	C4L
		Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	CoM	C5L
C4M	Traiter, rechercher et développer des données scientifiques, utiliser les données probantes et l' <i>evidence-based nursing</i>	Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	TSP	C7L
		Rechercher, traiter, et analyser des données professionnelles et scientifiques	TSP	C8L
		Organiser et coordonner des interventions soignantes	TSP	C9L
C5M	Transmettre ses connaissances et ses compétences aux professionnels et aux personnes en formation	Informar, former des professionnels et des personnes en formation	TSP	C10L

TSP : compétence transversale susceptible de passerelle avec d'autres cursus ; CoM : cœur métier infirmier ; C : compétence ; L : licence ; M : master.

chroniques comme le diabète, les maladies respiratoires chroniques, le cancer, les maladies cardiovasculaires... » De même, le terme « maladie mentale » est remplacé par « santé mentale ou psychiatrie ». La mention « maison de santé » est remplacée par « Structures de soins de premier recours ». L'activité de consultation se voit étendue afin d'inclure la « maîtrise de l'e-consultation ». Dans l'activité « suivi de patient chronique en ville », mention est faite du « travail de lien et de réseaux avec les équipes pluridisciplinaires soignantes ». Dans la rubrique « analyse des pratiques professionnelles », la mention « suivi des cohortes et de la qualité des interventions » est également ajoutée.

Une activité de « prescription » est ajoutée, qui ne figurait pas dans le document initial. Dans l'activité « d'enseignement », il est noté également le rôle de « tuteur de stage pour les IPA en stages cliniques ». Dans les préconisations figurant dans la conclusion, cet expert propose également d'ajouter « valant grade de licence » au diplôme infirmier requis. Il a été demandé de préciser « le bénéfice de cet enseignement en sciences infirmières de type master dans la diffusion des bonnes pratiques et de la sécurisation des interventions auprès des personnes ». Il est proposé également « d'explicitier » l'intérêt de considérer un diplôme universitaire comme un prérequis validant l'expertise dans un champ clinique donné. Concernant la législation encadrant la pratique de l'IPA, l'expert suggère « des missions et pas un *listing* d'actes comme pour les infirmières diplômées d'État (IDE) ». Enfin, concernant la question de la reconnaissance des personnes déjà diplômées des deux programmes de master en pratique avancée disponibles en France, il sera ajouté d'« envisager des modalités transitoires d'intégration dans le grade pour les personnes

titulaires de masters et/ou exerçant les fonctions d'IPA ». Il est à noter l'existence d'expérimentations bénéficiant du soutien d'agences régionales de santé (ARS).

Deux experts ont déploré ne pas être très disponibles durant cette période, du fait d'engagements professionnels ou de périodes de congé.

Le délai a de fait été allongé pour permettre à chacun de s'exprimer.

Le 10 septembre 2016, après prise en compte et intégration des remarques formulées au terme du premier tour et au vu des délais impartis et des travaux déjà existants sur ce sujet, l'auteur principal a opté pour une version 2.5 reposant sur le modèle proposé par Hamric et al. [24]. Cette version est adressée au groupe d'experts dans le cadre du second tour.

Deuxième tour

À l'issue du deuxième tour, différents experts émettent des propositions :

- le 14 septembre 2016, un expert propose de souligner la contribution des IPA dans les champs de la santé publique et de la maîtrise des dépenses de santé. De plus, il souhaite mettre l'emphase sur la notion selon laquelle « l'expérience professionnelle doit être basée sur la maîtrise du raisonnement clinique. L'IPA va ensuite développer ce raisonnement sous forme d'expertise ». Il poursuit : « en effet, il me semble que le master "sciences cliniques infirmières" permettra quant à lui de développer un raisonnement clinique optimal applicable au champ d'intervention de l'IPA » ;

- le même jour, un autre expert propose des éléments complémentaires de bibliographie, afin de répondre aux diverses demandes, mais précise également que « le temps paraît très court pour apporter des modifications à ce stade du travail ». Il attire également l'attention sur « la tentation de réaliser des "copiés-collés" à partir d'autres contextes qui ne correspondraient ni au contexte ni à la culture de notre pays. Ces éléments sont clairement identifiés comme des freins à l'implémentation des IPA lorsque l'on fait un peu de revue de la littérature ». Il précise que « par ailleurs, le CII, dans ses préconisations, est tout à fait dans cette mouvance ». Les références bibliographiques proposées sont ajoutées à la bibliographie ;
- un troisième expert a répondu le même jour, s'excusant de son retard dû à une charge accrue de travail. Il déclare avoir eu des soucis pour utiliser cette méthodologie, n'ayant pas eu l'habitude de travailler ainsi dans le projet de réingénierie des diplômés de la fonction publique hospitalière et déplore de devoir se prononcer « sans avoir un référentiel d'activités avant de voir le référentiel de compétences ». Il précise : « Les intitulés des compétences, issue de la maquette du M1 de 2009–2010, me paraissent trop proches des compétences initiales infirmières, sans en mesurer la véritable différence à la première lecture », ce qui pourrait, selon lui, nuire à la compréhension de la dimension d'expertise de l'IPA. Il poursuit : « Si l'on se base sur les compétences d'Hamric, il me semble que nous devrions reformuler les compétences sur celles qu'elle a identifiées, plutôt que d'essayer de faire rentrer les compétences du master dans le cadre d'Hamric ». Bien entendu il reste conscient de l'échéancier très serré imposé à ce projet. Enfin, il se questionne sur la relative urgence de rendre de document à la mi-septembre, et propose de prendre du temps pour retravailler le document. Concernant les remarques sur le fond du document, il propose en lieu et place de l'organisation et la coordination des interventions soignantes de remplacer cet item par « organiser une activité de consultation infirmière de pratique avancée ». De même, concernant la compétence recherche, il propose que l'IPA doive « avoir la compétence de rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques ». Concernant la compétence de collaboration, il précise : « Établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée, on entend ici à la fois le travail en équipe, le partenariat de soins avec le patient, mais aussi la coordination des acteurs ». À propos de l'expertise et du conseil, il suggère de « séparer ce qui est du ressort de l'éducation du patient, et ce qui est de l'ordre de la formation des professionnels ». La compétence « éthique » telle qu'elle est proposée (accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens) lui semble « davantage dans le cadre de la pratique clinique directe que dans l'éthique ». Il poursuit : « Il faudrait une compétence portant sur le développement des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées. »

Le 16 septembre 2016, une version consolidée 2.7 prenant compte tous les éléments suggérés a été envoyée à l'ONI, respectant ainsi les engagements pris.

Afin de valoriser les résultats de ce projet, le groupe d'experts a décidé de publier ce travail sous la forme : « compétences attendues de l'infirmière pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée ».

Recommandations validées par les experts au terme des deux tours Delphi

Définition et caractéristiques de la pratique avancée en soins infirmiers

Il semble important à ce stade de repartir sur la définition de la pratique avancée ainsi que les rôles déjà existants. Une définition en a été proposée en 2008 par le CII : « l'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer. »

La pratique infirmière avancée est un terme généraliste désignant un haut degré de connaissances acquises lors d'études universitaires dédiées, de niveau master, associé à un savoir infirmier expert permettant de développer des compétences vastes et approfondies afin de pratiquer à un niveau avancé des prestations de soins infirmiers efficaces.

Ces différentes activités s'opérationnalisent classiquement en deux fonctions :

- l'infirmière spécialiste clinique (qualifiée outre-Atlantique d'« infirmière clinicienne spécialisée »), qui développe son expertise dans le champ clinique infirmier. La nature des activités qu'elle propose vise deux publics : les patients et proches, mais aussi les équipes soignantes ;
- l'infirmière praticienne, qui développe elle aussi une expertise clinique infirmière, mais qui intègre à son raisonnement clinique certaines activités supplémentaires (dérogatoires) relevant jusqu'à présent exclusivement d'une compétence médicale. Elle apporte ainsi une contribution singulière aux prises en charge des patients, au travers la mise en œuvre de compétences d'évaluation clinique, de diagnostic de situation, de prescription ou de prise de décision concernant l'orientation des patients. Son activité implique des modalités de supervision médicale qui doivent être clairement définies.

Il s'agit pour l'IPA de mobiliser des connaissances empiriques, éthiques, esthétiques et personnelles définies par Carper [25] dans des situations complexes, dans le but d'arriver à un jugement clinique et de proposer des stratégies correctives dans une perspective infirmière, utilisant les résultats de recherche.

Des capacités de leadership permettent de diffuser les bonnes pratiques et d'initier des changements nécessaires à l'amélioration, de planifier, coordonner, mettre en œuvre et évaluer des programmes visant à répondre aux besoins des patients et des milieux de soins. La pratique infirmière avancée est un maillon de la prise en charge globale et

continue des usagers. À l'interface du sanitaire, du social et de l'institution, elle permet de dispenser des soins intégrés et coordonnés. Elle permet de nouvelles répartitions des activités entre les professionnels dans une politique de parcours.

Visant avant tout à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les infirmières de pratique avancée permettent de rendre le système de santé plus accessible, plus rentable à qualité égale, en comblant les manques de l'organisation actuelle afin d'être complémentaires avec les autres acteurs du champ médico-social.

Afin de définir les contours de ce nouveau métier en France, il est nécessaire d'identifier de manière prospective les compétences attendues pour un infirmier de pratique avancée ainsi que les activités qui lui seront attribuées.

Compétences requises

Pensée comme une formation post-diplôme, cette fonction d'infirmière de pratique avancée reprend l'approche par compétences. Il semblait logique qu'elle se positionne, comme c'est le cas pour les trois spécialités infirmières, en continuité du référentiel de compétences infirmier afin de le développer, au regard des missions et activités spécifiquement dévolues à la pratique avancée.

L'introduction de la pratique avancée en soins infirmiers requiert un développement de compétences spécifiques, en accord avec les référentiels internationaux, déclinés selon les spécificités de notre système.

Dans le référentiel de compétences d'Hamric, une IPA doit nécessairement exercer en pratique clinique, il s'agit d'une compétence centrale. Les compétences que doit par ailleurs posséder une IPA s'articulent autour de quatre champs d'activité en interrelation : la pratique clinique, le leadership clinique, la formation et la recherche. Sa pratique est collaborative, associant les patients et les autres professionnels du secteur sanitaire, mais aussi social, afin de dispenser des soins centrés sur la personne, et offrant une prestation de services intégrés². L'IPA est complémentaire, mais ne se substitue en aucun cas à la fonction de management du cadre de santé.

Selon Hamric et al. [24], une IPA doit réunir six compétences : la consultation, la *guidance/coaching*, l'éthique, la recherche, le leadership ainsi que la collaboration.

En prenant pour assise ce cadre de référence et en prolongement des compétences initiales acquises, le groupe d'experts a élaboré les compétences attendues d'une infirmière de pratique avancée en France :

- compétence n° 1 : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA ;
- compétence n° 2 : concevoir et conduire un projet de soins personnalisés ;
- compétence n° 3 : développer des réflexions éthiques dans les situations de soins des personnes soignées ;

- compétence n° 4 : mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique dans le champ de compétences ouvert à l'IPA ;
- compétence n° 5 : initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ de compétences ouvert à l'IPA ;
- compétence n° 6 : établir des partenariats de soins en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée ;
- compétence n° 7 : analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle et celle de ses pairs ;
- compétence n° 8 : rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques ;
- compétence n° 9 : organiser une activité de consultation infirmière de pratique avancée ;
- compétence n° 10 : informer, former les patients et les familles.

Ces dix compétences peuvent être réparties dans le cadre défini par Hamric et al. [24].

La pratique clinique (compétences n° 1, 2, 4 et 5)

Les activités nommées dans la loi de modernisation du système de santé [4], correspondant aux compétences n° 1, 2 et 4, peuvent être intégrées dans ce premier champ d'activité :

- examen clinique et surveillance clinique et paraclinique [Art. L. 4301-1.-I, 1°, b) : « Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique »] ;
- prescription selon le cadre législatif : l'élargissement des compétences est prévu dans le cadre d'un renouvellement de traitement ou de prescription d'examens complémentaires ou de produits non soumis à prescription médicale obligatoire [Art. L. 4301-1.-I, 1°, c) : « Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales »].

L'IPA est capable de conduire un examen clinique approfondi, incluant l'anamnèse, selon des modalités de supervision médicale définies. Si besoin, l'examen clinique est complété par la prescription d'examens paracliniques (dans son champ de compétences). Elle est capable d'utiliser les techniques d'investigation spécifiques à son champ d'exercice et ses missions (examen au spéculum, utilisation d'un otoscope...).

Sur la base d'un raisonnement clinique infirmier expert, l'IPA est capable d'évaluer une situation de soins complexe, d'adapter un protocole thérapeutique en utilisant les données probantes disponibles et d'élargir son intervention afin d'englober le champ du dépistage pouvant parfois l'amener à identifier un diagnostic.

Concernant la compétence n° 5, la dimension éducative dans le champ de la santé est une des activités de l'IPA par la mise en place et l'adaptation de thérapeutiques aux besoins et capacités du patient. Elle s'assure de l'observance du patient par une éducation adaptée ou une orientation vers des séances d'éducation thérapeutique.

Le dépistage constitue un domaine important de la pratique clinique qui peut être investi par l'IPA.

² Prestation de services intégrés. <http://www.who.int/health-systems/topics/delivery/fr/>.

Elle peut analyser et expliquer les réactions des patients et leurs comportements face à des changements de l'état de santé, face à des problèmes de santé avérés ou potentiels, face à l'annonce d'un diagnostic initial ou d'une rechute. Elle utilise des outils d'évaluation, d'éducation et de prévention et s'appuie sur les données de la science.

La consultation (compétence n° 9)

L'IPA met en œuvre un processus de consultation lui permettant de gérer efficacement une file active de patients.

L'activité de consultation peut s'envisager à deux niveaux : en première ou en seconde ligne :

- la consultation de première ligne : patients et familles sont les bénéficiaires directs de ce type de consultation qui peut être organisée au sein d'un établissement de santé ou en soins ambulatoires ;
- la consultation de seconde ligne : ce type de consultation positionne l'IPA en personne ressource auprès d'équipes de soins, sur un domaine d'expertise (cicatrisation, douleur, soins palliatifs...). Elle peut être à visée de dépistage, de prévention, d'éducation ou d'orientation. Elle peut également conduire à des évaluations, des diagnostics infirmiers (exemple de la douleur) [Art. L. 4301-1.-I, 1°, a), b) : « Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; Des actes d'évaluation et de conclusion cliniques, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique »].

La recherche et la pratique fondée sur les données probantes (*evidence-based nursing* — EBN) (compétence n° 8)

Dans son exercice quotidien, l'IPA intègre la pratique fondée sur les données probantes (EBN) à son raisonnement clinique. L'EBN a pour finalité d'améliorer ses prises de décision en informant le processus avec les derniers savoirs scientifiques disponibles dans le but d'améliorer les résultats de soins.

L'IPA facilite par ailleurs le transfert de connaissances au sein des milieux cliniques dans lesquels elle évolue notamment en assurant la promotion de l'EBN auprès des soignants, mais également en facilitant le développement d'une culture scientifique dans les environnements de soins. Dans cet objectif, elle porte à la connaissance des soignants des articles scientifiques en lien avec leur domaine d'activité et leur permet d'accroître leur niveau de maîtrise dans l'analyse critique d'articles. Par ailleurs, elle favorise la valorisation de projets et d'études en rédigeant des articles professionnels et scientifiques et en préparant des communications orales. L'IPA peut également apporter sa contribution à la conception, à la recherche de financement, à la mise en œuvre et à la valorisation de projets de recherche disciplinaires et interdisciplinaires.

La collaboration (compétence n° 6)

L'IPA exerce auprès du patient, mais aussi en transversalité ou en soutien auprès des équipes. Dans ce cadre, elle collabore avec le patient et ses proches, avec le médecin et avec tous les professionnels acteurs du parcours de soin. Elle adapte son discours et ses propositions thérapeutiques

aux besoins et aux capacités du patient, à son contexte de vie et à son projet personnel.

Elle sait orienter en cas de besoins vers les professionnels compétents. Par ailleurs, elle assure la traçabilité de ses interventions en rédigeant des transmissions claires et argumentées.

Le leadership clinique et professionnel (compétence n° 7)

L'IPA se positionne en agent de changement et en promoteur de l'innovation dans les lieux où elle exerce. Son positionnement à l'interface entre le patient, ses proches, l'équipe soignante et les instances lui permet d'identifier et de communiquer des besoins émergents, qu'ils viennent de la population, des patients ou des équipes soignantes. En lien avec l'encadrement, elle peut impulser des projets, introduire des innovations ou nouveaux protocoles. Elle contribue à diffuser les bonnes pratiques et participe à la démarche d'amélioration continue des organisations de soins. Elle participe à la démarche qualité en réalisant des audits ainsi que des sessions de patient traceur. Elle contribue au bien-être au travail en identifiant les risques psychosociaux et de *burn-out* et en impulsant des dynamiques positives au sein des équipes, permettant une cohésion autour du projet de soins du patient.

Elle permet aux équipes un positionnement réflexif en initiant des séances d'analyse de la pratique professionnelle.

Elle peut faciliter le lien ville/hôpital par la création et la diffusion d'outils de liaison ou la diffusion de recommandations de bonnes pratiques.

Elle s'inscrit dans la recherche de l'efficience : le juste soin au juste coût.

Dans le champ de la formation, elle exerce auprès des infirmiers en formation initiale, mais aussi dans le champ de la formation continue adulte. Elle intervient dans l'évaluation des besoins en formation, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes dans le cadre des formations courtes (développement professionnel continu – DPC). Elle dispense également des enseignements dans les cursus de master en pratique avancée formant ainsi ses futurs pairs.

Elle évalue par ailleurs l'impact de la formation dans le champ de la pratique professionnelle.

L'expertise et le conseil (compétence n° 10)

Elle coordonne des groupes d'éducation thérapeutique du patient et des projets d'éducation à la santé. Elle pratique l'entretien motivationnel du patient et l'aide à s'orienter au sein de son parcours, devenant une personne référente et ressource, en lien avec tous les autres acteurs du soin.

Grâce à son expertise clinique, elle connaît les risques associés aux pathologies et aux traitements et informe le patient sur les effets secondaires, leur détection, leur prévention et leur gestion.

La prise de décision éthique (compétence n° 3)

L'exercice de l'IPA est centré sur le patient, établissant avec lui une relation de collaboration qui prend en compte ses

attentes et de son projet de vie. L'IPA applique les principes éthiques et sait identifier les dilemmes éthiques qui se présentent parfois dans les situations de soins. Elle est également capable de mettre en œuvre un processus de raisonnement éthique pour dépasser les difficultés rencontrées.

Elle peut également être amenée à plaider la cause du patient (*patient advocacy*). Elle l'aide à s'orienter dans le système de santé dans le cadre de son parcours de soins, à coordonner les interventions en cohérence avec ce dernier et dans le respect de ses souhaits. Elle lui permet d'exprimer ses craintes, de poser les questions qui le taraudent. Elle lui apporte un soutien basé sur l'expertise soignante et organisationnelle qu'elle possède, évitant ainsi les ruptures dans le parcours. Elle sait le cas échéant lui consentir des fenêtres thérapeutiques, en accord avec le médecin, pour lui permettre de réajuster son cadre de vie aux contraintes des traitements.

Activités

Pour illustrer les missions et rôles pouvant être dévolus aux infirmiers de pratique avancée, quel que soit leur mode d'exercice (établissements de santé/libéral/structures de soins de premier recours...), le groupe d'experts a souhaité proposer quelques exemples, non exhaustifs.

Quelques exemples de domaines d'expertise pouvant bénéficier de l'intervention d'une IPA

L'IPA pourra intervenir dans les domaines suivants : la cancérologie, la gérontologie, la cicatrisation des plaies chroniques, la santé mentale ou la psychiatrie pourront être investis. On trouvera également des IPA exerçant dans le cadre de la douleur ou des soins palliatifs. Le suivi de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiovasculaires répondrait aux besoins actuels en soins.

Exemples d'activité par domaine

Les exemples d'activité par domaine sont :

- la consultation infirmière : elle requiert la mise en œuvre d'activités multiples telles que l'évaluation de la situation, la prise en compte de tous les facteurs afférents au patient et à son environnement, le recueil de données, l'examen clinique, la prescription d'examen complémentaires, la pose de diagnostics infirmiers, la mise en place d'interventions autonomes infirmières. Elle comporte aussi de la communication avec les équipes soignantes, médicales et médico-sociales, la conception de fiche de liaison, la mise en place d'un dossier de soins à domicile, de plans personnalisés de soins, la maîtrise de l'e-consultation, l'élaboration en équipe de chemins cliniques. Dans le cadre de cette consultation, l'IPA est capable de fonder ses décisions sur les recommandations de bonne pratique, sur des données probantes et sur les choix du patient. Elle s'assure de la coordination effective du parcours du patient et peut aussi intervenir en premier recours ;

- le suivi de patients chroniques en ambulatoire : il s'agit d'assurer la coordination et le suivi de l'évolution de la maladie de patients stabilisés. L'IPA accompagnera le patient dans l'observance de son traitement, mettra en place une éducation à la santé. Elle travaillera en lien et en réseau avec les équipes pluridisciplinaires soignantes dans le cadre de projets d'éducation thérapeutique du patient. Elle participera à l'évaluation et au réajustement des programmes. Elle accompagnera et soutiendra également les aidants ;
- la démarche d'amélioration continue de la qualité/gestion des risques : en établissement de santé ou en soins de ville, l'IPA contribuera à l'élaboration de référentiels ainsi que de critères de qualité, complétés d'audits. Elle sensibilisera le personnel soignant à la démarche qualité, et pourra proposer des mesures correctives associées à une démarche d'autoévaluation et de mesure de la progression ;
- l'analyse des pratiques professionnelles : en établissement de santé ou en soins de ville, elle évaluera les besoins en tenant compte des priorités et de l'organisation du service ou de l'équipe. Elle aidera à la mise en place et animera des sessions d'analyse des pratiques professionnelles en utilisant des modèles structurants. Elle pourra évaluer le réinvestissement de ses actions dans la pratique. Elle contribuera à l'amélioration de la qualité de vie au travail par la prise en compte de difficultés rencontrées sur l'exercice clinique ;
- les prescriptions : outre l'habilitation à prescrire accordée aux IDE depuis 2007, l'IPA sera autorisée à renouveler des traitements de personnes atteintes de maladies chroniques stables. Elle pourra également effectuer des prescriptions d'examen complémentaires dans le champ de compétences qui lui sera attribué ;
- l'enseignement, la formation, le tutorat et le développement professionnel continu. L'IPA contribuera à la formation initiale et continue des professionnels infirmiers en mettant en œuvre des actions variées :
 - formation initiale des étudiants en soins infirmiers, notamment en regard de l'expertise clinique qu'elle possède,
 - formation de ses futurs pairs dans le cadre des masters en sciences infirmières,
 - formation professionnelle continue avec l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes,
 - tuteur ou maître de stage pour les IPA en stage clinique, durant leur master ;
- l'EBC et l'activité de recherche : l'IPA facilitera la mise en œuvre de l'EBC. Elle aidera à la mise en place de recommandations de bonnes pratiques au sein des équipes ou en soins de ville. Dans ce cadre, elle recherche des données probantes pertinentes en évaluant leur utilisation dans la pratique clinique. Elle participe à la rédaction d'articles pour valoriser les projets et réalise des communications orales. Elle sensibilise les soignants à la culture scientifique, par des initiatives progressives allant de la lecture critique d'article à l'intégration d'innovations dans la pratique courante ;
- leadership clinique et professionnel : son rôle de leader clinique et professionnel est source de motivation au changement au sein des équipes de soins. Elle se place à l'interface entre la ville/l'hôpital/les instances/les

Tableau 2 Compétences attendues d'une IPA en relation avec le référentiel AB [24].

Compétences IDE/compétences IPA	Compétences IPA détaillées	Correspondance avec le référentiel de compétences de Hamric
Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier/dans le champ dérogatoire ouvert à l'IPA	Réaliser un examen clinique approfondi qui complète une anamnèse centrée sur le vécu subjectif du patient, le compléter par les examens paracliniques que l'IPA juge nécessaires au regard du champ de compétences ouvert à sa fonction Sélectionner et utiliser des techniques d'évaluation de l'état clinique de la personne au regard du champ de compétences ouvert à sa fonction (examen au spéculum, examen à l'otoscope, test au monofilament...)	Pratique clinique experte
Concevoir et conduire un projet de soins infirmier/projet de soins personnalisé	Organiser les parcours complexes, en pluriprofessionnalité Repérer les situations à risque, évaluer les besoins, les attentes, les ressources et les freins des patients, de la famille et de l'environnement et mettre en œuvre une intervention basée sur des soins intégrés et personnalisés, dans une approche centrée sur le patient et réajuster les interventions en cours	Éthique
Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	Guider le patient, être son avocat (<i>patient advocacy</i>), l'aider à s'orienter au sein de son parcours et à développer ses stratégies en promotion de santé Définir les acteurs et structures les plus adaptés à sa situation et veiller à leur mise en place Savoir repérer les situations de crises en amont pour éviter les ruptures dans le parcours	Éthique
Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique/dans le champ de compétences ouvert à l'IPA	Guider, conseiller et éduquer en fonction des données probantes et des innovations en santé Prescrire des interventions thérapeutiques au regard du champ de compétences ouvert à l'IPA, en collaboration avec le médecin	Pratique clinique experte
Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs/et de dépistage dans le champ de compétences ouvert à l'IPA	Prescrire les examens de dépistage jugés nécessaires au terme du raisonnement clinique en accord avec le champ de compétences ouvert à l'IPA, et réaliser ceux figurant dans le champ de compétences ouvert à l'IPA Adapter si besoin le traitement de la personne au regard de ses caractéristiques singulières, en collaboration avec le médecin, afin d'assurer alliance thérapeutique et observance, favoriser les autosoins	Pratique clinique experte
Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins/complexes	Orienter vers les expertises adaptées en fonction de l'évaluation de la situation, savoir orienter vers le médecin en cas d'aggravation Élaborer des transmissions et communications pertinentes, claires et argumentées (EBN) à tous les membres d'équipe soignante et diffuser les pratiques de soins innovantes (ou les résultats de recherches) auprès des autres professionnels	Collaboration

Tableau 2 (Continued)		
Compétences IDE/compétences IPA	Compétences IPA détaillées	Correspondance avec le référentiel de compétences de Hamric
Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle/et celle de ses pairs	Respecter les principes de la prescription, notamment en matière de mise en lien efficacité/coût, dans son champ de compétence autorisé Maîtriser les spécificités réglementaires, déontologiques et éthiques liées à la pratique en soins infirmiers Introduire le concept de « démarche qualité » dans les soins auprès des équipes de soins et des acteurs du secteur ambulatoire, organiser des séances d'analyses des pratiques professionnelles à destination des équipes de soins, permettre un positionnement réflexif Évaluer les besoins en offre de soins et contribuer à l'élaboration de propositions efficaces (pôle santé, maison de santé, protocoles de coopération...), être moteur de changement et d'innovation dans les organisations de soins	Leadership
Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques/rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques	Adopter une pratique clinique fondée sur les preuves (<i>evidence-based nursing</i>) Réaliser une analyse critique des publications de recherche relatives à des aspects de la pratique clinique, être en mesure de rédiger des publications scientifiques Contribuer à l'identification d'objets de recherche à partir de la pratique clinique, participer à la conception et à la mise en œuvre de travaux de recherche infirmière et interdisciplinaire, notamment dans le champ du soin infirmier	EBN et recherche
Organiser et coordonner les interventions soignantes	Intervenir selon un processus de consultation, de première ou seconde ligne (expertise) Assurer la gestion d'une file active de patients Orienter dans le système de soins	Consultation
Informier, former des professionnels et des personnes en formation	Intervenir auprès d'étudiants en soins infirmiers en formation initiale sur des thématiques autour de la démarche de soins, la qualité, la recherche et l'EBN, et auprès des étudiants en masters cliniques infirmiers, en tutorat ou maître de stage Évaluer les besoins, concevoir et mettre en œuvre des programmes de développement professionnel continu destinés aux professions de santé et en évaluer l'impact Évaluer les besoins, les ressources et organiser et coordonner des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en collaboration avec l'équipe de soins, conduire, évaluer et réajuster les résultats des séances d'ETP	Guidance/conseil

IPA : infirmière de pratique avancée ; IDE : infirmières diplômée d'État.

décideurs dans le but de contribuer à l'amélioration de la pratique, en participant à l'évaluation des besoins en matière de santé, mais aussi en organisation du travail. Elle participe à l'identification des besoins en formation des équipes et à des chemins cliniques. Elle assure la diffusion des projets régionaux initiés par les ARS.

Le **Tableau 2** récapitule les compétences attendues de l'IDE et de l'IPA et des activités associées.

Limites

Plusieurs limites ont été identifiées dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode Delphi pour ce projet. La première limite identifiée est de nature temporelle. Les délais très courts imposés par l'ONI au groupe d'experts ont constitué un facteur limitant. En outre, la période à laquelle ce projet a été mis en œuvre n'était pas idéale coïncidant avec la période estivale.

Par ailleurs, le nombre d'experts inclus au groupe de travail ainsi que le nombre de tours d'experts auraient pu être plus élevés si un délai plus long avait été accordé à la conduite de ce projet.

Conclusion

Au-delà des référentiels et activités relatifs à l'exercice infirmier en pratique avancée et dans le but de garantir un niveau d'excellence dans les soins proposés à la population, les experts ont souhaité émettre des recommandations qu'ils considèrent comme essentielles à une implantation réussie de ce nouveau type d'exercice infirmier. Ces recommandations sont en adéquation avec les travaux publiés dans la littérature internationale :

- le diplôme d'infirmier constitue un prérequis indispensable à l'entrée dans la fonction d'IPA ;
- une expérience professionnelle permettant d'acquérir une maîtrise du raisonnement clinique est souhaitable avant que l'infirmière s'engage dans un parcours de formation en pratique avancée ;
- un titre universitaire de niveau master en sciences infirmières permet l'acquisition de solides bases en théories de soins infirmiers et en méthodologie de recherche en soins infirmiers. Le bénéfice de cet enseignement est de permettre la diffusion dans la pratique et dans l'environnement de travail des résultats de recherche, en sécurisant les interventions auprès des personnes ;
- un champ d'expertise validé par un diplôme universitaire à minima est souhaité, afin de renforcer une expertise métier sur un champ ou domaine d'exercice clinique ;
- une régulation spécifique de l'exercice des infirmières de pratique avancée doit être envisagée au sein de la structure ordinale en complément des processus déjà en place pour les infirmières généralistes et spécialisées ;
- des mesures transitoires devront être envisagées afin de faciliter l'intégration des personnes titulaires de masters dans cette nouvelle fonction.

Le réseau de pratique avancée du CII propose d'ailleurs des recommandations dans ce sens :

- une protection du titre ;
- une législation claire encadrant ce type d'exercice ;
- des dispositifs facilitant le maintien des compétences des IPA en exercice ;
- une recertification des professionnels.

Ces recommandations s'inscrivent dans une volonté du groupe de promouvoir en France l'utilisation des données probantes dans les décisions de politique publique (*evidence-based policy*).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017 <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France>.
- [2] Letourmy A, Naïditch M. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. *Sante Soc Solidarite* 2009;8(2):15–22 http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2009_num_8_2_1346.
- [3] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 51 « Coopération entre professionnels de santé ». <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
- [4] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 119 « Exercice en pratique avancée ». <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913702&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>.
- [5] Maringue C. Le « virage ambulatoire » ou l'effet masse. *Hopital* 2016;25(97):22–5.
- [6] Gardel C, Minvielle É. Évaluation des pratiques professionnelles, certification et performance hospitalière. *J Econ Med* 2008;26(4):190–4.
- [7] Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Paper 2010 No. 54*. Paris: OECD Publishing; 2010 [<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>].
- [8] Schober M. *Introduction to advanced nursing practice: an international focus*. Champ: Springer; 2016.
- [9] Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Sante Publique* 2017;29(2):241–54.
- [10] Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004;48:530–40.
- [11] Schiff M. The role of nurse practitioners in meeting increasing demand for primary care. *National Governors Association*; 2012.
- [12] Oliver GM, Pennington L, Reville S, Rantz M. Impact of nurse practitioners on health outcomes of Medicare and Medicaid patients. *Nurs Outlook* 2014;62:440–7.
- [13] Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: a systematic review. *Nurs Econ* 2011;29:1–21.
- [14] Donald F, Martin Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson Griffiths A, et al. A systematic review of the

- effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs* 2013;69:2148–61.
- [15] Dury C, Hall C, Danan JL, Mondoux J, Aguiar Barbieri-Figueiredo MC, Costa MA, et al. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *Int Rev Nurs* 2014;61(4):454–62.
- [16] Brassard A, Smolenski MC, et al. Removing barriers to advanced practice registered nurse care: hospital privileges. AARP Public Policy Institute; 2011.
- [17] Schober M. Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique. *Rev Francoph Int Rech Infirm* 2015;1(2):71–7.
- [18] Gerrish K, McDonnell A, Kennedy F. The development of a framework for evaluating the impact of nurse consultant roles in the UK. *J Adv Nurs* 2013;69:2295–308.
- [19] Ordre national des infirmiers (ONI). Infirmiers de pratique avancée : un tournant professionnel, une révolution sanitaire ? Colloque organisé par l'ONI ; 2015 juin 24, Paris. 2015. <https://www.ordre-infirmiers.fr/assets//files/actescolloque24062015.pdf>.
- [20] Lert F. Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire). *Sci Soc Sante* 1996;14(3):103–15.
- [21] Mc Kenna HP. The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *J Adv Nurs* 1994;19(6):1221–5.
- [22] Hasson F, Keeney S, Mc Kenna HP. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32(4):1008–15.
- [23] Danan JL, Guyon G, Dury C, Petit N, Coudane H, Kanny G. Infirmier de pratique avancée en allergologie : quelle formation et quelles compétences ? *Rev Fr Allergol* 2015;55(1): 23–30.
- [24] Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2014.
- [25] Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci* 1978;1(1):13–24.