

MODELISATION DE LA FONCTION D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (IPA)

*Guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée
en milieu hospitalier. Recommandations et illustrations.*

EDITO

Les infirmiers en pratique avancée existent depuis plusieurs décennies dans de nombreux pays. Dès son arrivée au gouvernement en mai 2017, la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, a annoncé sa volonté de créer ces nouveaux métiers et a placé les infirmiers en pratique avancée au cœur du plan d'action « Ma santé 2022 ».

Dans le contexte de transition épidémiologique résultant du développement des pathologies chroniques et du vieillissement de la population, les besoins de santé ne sont plus les mêmes : quand plus des deux tiers des dépenses d'Assurance maladie sont le fait des affections de longue durée, il devient nécessaire d'organiser les prises en charge au long cours et le relais de la phase diagnostique par les différentes étapes du soin, de l'hôpital au domicile, par la prévention et par l'éducation thérapeutique du patient.

Ainsi, la pratique avancée constitue une réponse à l'évolution de la demande de soins et permet de réorganiser l'intervention des professionnels de santé tout en améliorant la qualité, la sécurité et la pertinence des soins.

Plusieurs types de prises en charge bénéficient désormais d'un corpus de pratique avancée : les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et hémato-oncologie, les maladies rénales chroniques/dialyse/transplantation rénale, la santé mentale, et, bientôt, les soins d'urgence, voire la gériatrie.

La faculté de sciences médicales et paramédicales, ainsi renommée en 2019 par le doyen Georges Léonetti, a fait de ces formations une priorité. En avance grâce à l'implication de son président, le professeur Yvon Berland, l'Université d'Aix-Marseille avait créé en 2009 un master en sciences paramédicales. Pour donner sa pleine dimension à la formation d'infirmier en pratique avancée, Aix-Marseille Université et l'Agence régionale de santé ont décidé de mettre en place un dispositif de soutien à la formation et d'accompagnement à la prise de fonction en co-finançant 6 postes de maitres de conférence ayant une double valence universitaire et hospitalière. En complément, l'ARS a financé un projet de recherche afin de décrire et tenter modéliser ces nouvelles fonctions.

L'enjeu est d'assurer une construction de la pratique avancée à la hauteur des compétences de ces professionnels, et de faciliter leur intégration dans les équipes afin qu'ils puissent intervenir en complémentarité.

C'est ainsi que, grâce à la création de 6 postes d'infirmiers hospitalo-universitaires, et à la convention signée avec l'Hôpital Européen pour mener des travaux de recherche, la pratique avancée a commencé à s'implanter en Provence Alpes Côte d'Azur.

Par ailleurs, l'Université Nice Sophia Antipolis est en cours d'accréditation.

Le travail de recherche dont est issu ce document a été conduit en proximité directe avec les acteurs de santé et les patients afin de recueillir leurs perceptions sur ce bouleversement du paysage de la santé. Il s'est également appuyé sur des données probantes issues d'autres travaux de recherche.

La conduite du projet a impliqué des directeurs d'établissements, des médecins, des directeurs de soins, des cadres infirmiers et les infirmiers. L'enjeu est désormais de permettre à ces nouveaux infirmiers en pratique avancée de prendre toute leur place dans notre système de santé, et de modéliser leur rôle pour concevoir et accompagner les organisations.

Le rapport formule pour cela sept recommandations : l'infirmier en pratique avancée (IPA) doit être ancré au cœur de la profession infirmière (1), il exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire et intervient à différents moments du parcours de soins (2), et son exercice est centré sur la clinique (3) ; la réussite du projet d'implantation de la pratique avancée repose sur la prise en compte des besoins et sur l'investissement de l'institution(4), et pour la réussite du projet, les ressources humaines et matérielles doivent être anticipées (5). La construction de l'activité de l'IPA doit intégrer la notion de sécurisation des soins (6) et enfin, l'implantation de l'IPA doit faire l'objet d'une véritable stratégie de communication au sein de l'établissement et des partenaires (7).

Cette synthèse constitue un outil destiné aux porteurs de projets qui souhaitent faciliter l'implantation des IPA, au sein des établissements de santé en particulier. Ce travail va se poursuivre avec un volet dirigé vers les soins de ville, et fera l'objet d'une publication en 2020.



Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé

Philippe De Mester

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce à l'investissement des directeurs des soins, des médecins, des encadrants, et des soignants des établissements partenaires.

Nous sommes reconnaissants pour le temps accordé lors de leur participation aux focus group, ou au sein du groupe de travail.

La perception des représentants des usagers interrogés a permis de nous offrir une vision indispensable dans la modélisation de cette nouvelle fonction.

L'université Aix-Marseille université a été un partenaire majeur dans ce projet, à la fois par l'implication des étudiants et des membres de l'équipe pédagogique.

Les Infirmiers Hospitalo-Universitaires : Maryline Bouriquen, Katrin Evans, Guillaume Lucas, Marie Mellinas, Sandrine Rodrigues et Christophe Roman ont représenté un lien primordial entre l'ARS, l'université et les établissements partenaires dans l'organisation de ce travail.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

BOURRIQUEN Marilyne	Infirmière hospitalo-universitaire Maître de conférences associée. Aix Marseille Université/Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
CARBONARO Christian	Adjoint du conseiller technique et pédagogique ARS PACA
CATANAS Marc	Directeur des soins Centre Hospitalier du Pays d'Aix
COLSON Sébastien	Directeur de l'école des sciences infirmières Aix-Marseille Université
EVANS Catherine	Infirmière hospitalo-universitaire Maître de conférences associée. Aix Marseille Université/Institut Paoli Calmette
INTHAVONG Karen	Directrice des soins, coordinatrice générale des soins Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
ISENBRANDT Thérèse	Directrice des soins Centre Hospitalier Henry Duffaut Avignon
ISNARDI Michèle	Directrice des soins Institut Paoli Calmette Marseille
LEBRIS Fabien	Directeur des soins Hôpital Européen Marseille
LOSCHI Alain	Conseiller technique et pédagogique ARS PACA
LUCAS Guillaume	Infirmier hospitalo-universitaire Maître de conférences associée Aix Marseille Université/Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
MAYEN-RODRIGUES Sandrine	Infirmière hospitalo-universitaire Maître de conférences associée. Aix Marseille Université/Centre Hospitalier du Pays d'Aix

MELLINAS Marie	Infirmière hospitalo-universitaire Maître de conférences associée. Aix Marseille Université/Centre Hospitalier Henry Duffaut Avignon
PLAT Sylvie	Directrice des soins Hôpital St Joseph Marseille
RODRIGUEZ Marie Pierre	Cadre supérieur Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
ROMAN Christophe	Infirmier hospitalo-universitaire Maître de conférences associé. Aix Marseille Université/Hôpital St Joseph Marseille
SCHWINGROUBER Jocelyn	Investigateur et rédacteur principal Chargé de mission régionale pour l'ARS PACA/Hôpital européen Infirmier doctorant Recherche clinique et santé publique Aix-Marseille Université

LISTE DES ABBREVIATIONS

AMU : Aix Marseille Université

ARS : Agence Régionale de Santé

CII : Conseil International des Infirmières

CME : Commission Médicale d'Etablissement

HPST : Hôpitaux Patients Santé Territoire

ICS : Infirmière Clinicienne Spécialisée

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IHU : Infirmier Hospitalo Universitaire

IP : Infirmière Praticienne

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PEPPA : Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing role development

PO : Protocole d'Organisation

TABLE DES MATIERES

EDITO.....	1
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	3
LISTE DES ABBREVIATIONS	6
INTRODUCTION	10
LA PRATIQUE AVANCEE.....	12
UNE DEFINITION INTERNATIONALE	12
DIFFERENTS ROLES	12
DANS LE CONTEXTE FRANÇAIS	13
L'ARS PACA MENE UN PROJET PREFIGURATEUR POUR LE DEPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCEE.....	16
LA CREATION DU STATUT D'INFIRMIER HOSPITALO UNIVERSITAIRE	17
LA MODELISATION DE LA FONCTION D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE	17
LA COMMUNICATION.....	17
L'EVALUATION DE L'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE AVANCEE	18
METHODOLOGIE DE LA CONSTRUCTION DU DOCUMENT	19
CONSTITUTION D'UN GROUPE DE TRAVAIL	19
CONDUITE D'UNE ANALYSE SWOT.....	19
ENQUETE PAR « FOCUS GROUP » ET ENTRETIENS.	19
ANALYSE ET CONFRONTATION A LA LITTERATURE	23
LES RECOMMANDATIONS	25
« L'IPA DOIT ETRE ANCREE AU CŒUR DE LA PROFESSION INFIRMIERE. » .	27
L'IPA RISQUE D'ETRE CONSIDEREE COMME UN « MINI MEDECIN »	27
L'IPA REPRESENTE UNE EVOLUTION DE LA PROFESSION D'IDE.....	27
IL EXISTE UNE PLUS-VALUE A CE QUE L'IPA SOIT UNE IDE	27
« L'IPA EXERCE AU SEIN D'UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET INTERVIENT A DIFFERENTS MOMENTS DU PARCOURS DE SOINS »	29
LA CONSTRUCTION DU POSTE DOIT INTEGRER LA COLLABORATION.	29

L'IPA FACILITE LA COLLABORATION ENTRE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS.	29
SES COMPETENCES LUI PERMETTENT D'EXERCER A DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS DU PATIENT.	29
« L'EXERCICE DE L'IPA EST CENTRE SUR LA CLINIQUE, ET LAISSE PLACE A DES ACTIVITES AFFERENTES. ».....	31
OBSERVATION, RECUEIL ET INTERPRETATION DES DONNEES DANS LE CADRE DU SUIVI D'UN PATIENT DANS SON DOMAINE D'INTERVENTION.....	31
PRESCRIPTIONS, RENOUELEMENT DE PRESCRIPTIONS ET REALISATION D'ACTES TECHNIQUES DANS LE CADRE DU SUIVI D'UN PATIENT DANS SON DOMAINE D'INTERVENTION	32
CONCEPTION, MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION D' ACTIONS DE PREVENTION ET D'EDUCATION THERAPEUTIQUE.....	33
PARTICIPATION A L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE DU PATIENT ...	34
MISE EN ŒUVRE D' ACTIONS D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	35
CONTRIBUTION A DES ETUDES ET DES TRAVAUX DE RECHERCHE.....	36
« LA REUSSITE DU PROJET D'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE AVANCEE REPOSE SUR LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET SUR L'INVESTISSEMENT DE L'INSTITUTION ».....	38
LE PROJET D'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE AVANCEE DOIT ETRE UN PROJET INSTITUTIONNEL.....	38
LE PROJET DOIT ETRE CONSTRUIT AFIN DE REpondre A LA TRIADE DES BESOINS (« LE TRIPLE OBJECTIF »)	39
DES OBJECTIFS DE RESULTATS DOIVENT ETRE ETABLIS	40
POUR CONSTRUIRE L'ACTIVITE DE L'IPA, IL FAUT UTILISER SES COMPETENCES POUR REpondre AUX OBJECTIFS FIXES.	41
L'ACTIVITE DE L'IPA DOIT ETRE EVALUEE.	42
« LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DOIVENT ETRE ANTICIPEES POUR LA REUSSITE DU PROJET D'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE AVANCEE. ».....	44
LE RATTACHEMENT HIERARCHIQUE DE L'IPA.....	44

LE RATTACHEMENT FONCTIONNEL DE L'IPA A LA PARTIE MEDICALE.	44
LA FONCTION D'IPA UNE OPPORTUNITE POUR LES RESSOURCES HUMAINES.....	45
LA FORMATION DE L'IPA DOIT ETRE ANTICIPEE	45
UN PROFIL DE PERSONNEL POUVANT PRETENDRE A INTEGRER LA FORMATION D'IPA SE DEGAGE	45
ANTICIPATION DES MOYENS	46
« LA CONSTRUCTION DE L'ACTIVITE DE L'IPA DOIT INTEGRER LA NOTION DE SECURISATION DES SOINS. »	47
UNE PERIODE DE POST-FORMATION DOIT ETRE ENVISAGEE	47
LE PROTOCOLE D'ORGANISATION : UN OUTIL AU SERVICE DE LA SECURISATION DES SOINS.	48
LES MISSIONS DE L'IPA DOIVENT ETRE BIEN DEFINIES	48
« L'IMPLANTATION DE L'IPA DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE VERITABLE STRATEGIE DE COMMUNICATION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT ET DES PARTENAIRES »	50
L'IPA DOIT SE FAIRE CONNAITRE ET FAIRE CONNAITRE SES MISSIONS.....	50
UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION DOIT ETRE MENEES	50
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	54

INTRODUCTION

Dans de nombreux pays, nous assistons à de nouveaux modes d'exercice de coopération entre les médecins, les paramédicaux et les patients (Pulcini et al. 2010). En France, cette tendance s'est intensifiée ces dernières années.

Ces nouveaux modes d'exercice s'illustrent par le développement du transfert de tâches à travers des **protocoles de coopération** issus de la loi « Hopitaux, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009 (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 2009), ou par des expérimentations issues **de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale** (Décret N° 2018-125 Du 21 Février 2018 Relatif Au Cadre d'expérimentations Pour l'innovation Dans Le Système de Santé Prévu à l'article L. 162-31-1 Du Code de La Sécurité Sociale 2018)

L'avènement de la pratique avancée avec la publication des textes encadrant l'exercice et la formation correspond à la **reconnaissance de cette nouvelle forme de coopération interprofessionnelle**. (Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée 2018) (Décret N° 2018-633 Du 18 Juillet 2018 Relatif Au Diplôme d'Etat d'infirmier En Pratique Avancée 2018).

La pratique avancée fait son apparition dans notre paysage de santé et elle est alors identifiée comme **une des solutions** aux enjeux de santé publique que nous devons relever.

L'augmentation des maladies chroniques est une réalité (Santé publique France 2017), de plus en plus de patient sont suivis et cette tendance va continuer à s'accroître notamment avec **le vieillissement de la population** (Papon and Beaumel 2018). Le système de santé se réorganise, et cette restructuration encouragée par **le virage ambulatoire** nécessite de prendre en compte **la place centrale du parcours de santé** du patient tout comme l'importance d'encourager **le travail en équipe** de soins coordonnées.

Un des enjeux de santé publique pour lequel la pratique avancée est particulièrement attendue met en avant la problématique de **démographie médicale**.

Les médecins sont inégalement répartis sur le territoire, ce qui crée des zones sous dotées et d'autres sur dotées rendant le temps médical encore plus précieux que ce qu'il pouvait déjà être (Vergier, Chaput, and Lefebvre-Hoang 2017).

Ces différents enjeux, associés à l'attrait pour la coopération interprofessionnelle, font de la pratique avancée **une évolution naturelle** pour apporter une solution dans ce contexte.

Cependant, l'exercice infirmier en pratique avancée est une notion qui peut apparaître comme floue, difficile à définir ou à conceptualiser. (D'Amour, Tremblay, and Proulx 2009)

L'enjeu de ce document est de pouvoir apporter **une réponse pratique** à ce qu'est la pratique avancée, ce qu'elle n'est pas, et de modéliser cette nouvelle fonction. Ce document se concentre sur l'exercice infirmier en pratique avancée au sein des établissements de santé, mais nous le verrons, les concepts et compétences associés sont applicables à un exercice en ville qui fera l'objet dans un second temps d'une étude plus approfondie avant de faire le lien global entre la ville et l'hôpital.

Chaque professionnel de santé peut avoir sa propre image ou perception de ce nouveau mode d'exercice.

Notre travail a consisté à mettre en synergie **la perception des acteurs** dont le modèle au quotidien allait être bouleversé par l'arrivée de ces nouveaux professionnels avec **une analyse de la littérature**.

Ce travail nous a permis d'apporter des éclaircissements, de **publier des recommandations** et des illustrations afin d'éviter au maximum le risque de dérive. L'objectif étant d'apporter une aide pratique pour qu'au sein des établissements de santé la pratique avancée soit utilisée comme elle se doit et puisse répondre au mieux à ce qu'on attend d'elle.

LA PRATIQUE AVANCEE

Une définition internationale

Le conseil international des infirmiers (CII) indique que « *l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée 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* ». (Conseil International des infirmières. 2008)

Différents rôles

L'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) délivre des soins à différentes échelles de la population : au niveau individuel, familial, ou communautaire. Son activité est centrée sur la pratique clinique directe auprès du patient, et peut l'être de manière indirecte par l'intermédiaire de la coordination des soins, ou l'orientation. Les soins infirmiers en pratique avancée mobilisent également les compétences de recherche, de leadership ou d'enseignement dans un souci de démarche holistique et de prise en charge globale. (Hamric et al. 2013)

Le contexte international distingue deux rôles d'infirmier en pratique avancée (IPA), les Infirmières Cliniques Spécialisées (ICS), et les Infirmières Praticiennes (IP). Malgré un grand nombre de compétences communes, des différences sur les modalités d'exercice existent.

« *Les ICS ont pour mission de prodiguer des soins très complexes et spécialisés, de développer la pratique infirmière, de soutenir le personnel infirmier aux points de soins et enfin de mener des initiatives d'amélioration de la qualité et de favoriser une pratique basée sur des éléments probants, en réponse aux progrès de la recherche dans la technologie et les traitements.* » (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada 2019)

Cependant elles n'ont pas les autorisations légales que peuvent avoir les IP pour prescrire des traitements ou des examens. Selon les pays, on retrouve des ICS (Suisse), ou des IP, ou les deux comme au Canada. (Fougère et al. 2016)

C'est le contexte juridique et les politiques de santé publique qui influencent l'implantation d'un rôle plutôt qu'un autre.

Dans le contexte français

« La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées »(Ministère des solidarités et de la santé 2018). L'objectif est clairement de dégager du temps médical tout en offrant aux patients la possibilité d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Au regard de l'élargissement des compétences dans le champ médical, le ministère se positionne donc pour un déploiement du rôle des IP.

Cependant les textes ne donnent pas de précisions et laissent la possibilité de développer le rôle d'ICS. L'implantation d'un rôle plutôt qu'un autre se fera en fonction des besoins de l'établissement et de la population.

Les activités de l'IPA

Les textes (Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée 2018)précisent que la pratique avancée recouvre :

- des activités **d'orientation, d'éducation, de prévention** ou de **dépistage**
- des actes **d'évaluation** et de **conclusion clinique**, des **actes techniques** et des actes de **surveillance clinique et paraclinique**
- des **prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale**, des **prescriptions d'examens complémentaires**, des **renouvellements ou adaptations** de prescriptions médicales.

Domaines d'intervention :

En ambulatoire :

- au sein d'une **équipe de soins primaires** coordonnée par le médecin (par exemple en maison ou centre de santé) ou de l'équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées

- en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires

En établissement de santé, en établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin.

3 domaines d'intervention sont définis dans un 1er temps :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires
- L'oncologie et l'hémo-oncologie
- La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.
- La santé mentale et psychiatrie « en attente » de publication des textes à ce jour.

L'organisation de l'activité

L'IPA **suivra des patients** qui lui auront été **confiés par un médecin**. Cette forme de travail interprofessionnel sera formalisée par la rédaction obligatoire d'un **protocole d'organisation**(Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée 2018). Ce protocole **co-construit** par l'IPA et le médecin déterminera au minimum :

- Le ou les **domaines d'intervention** concernés
- Les **modalités de prise en charge** par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés.
- Les modalités et la **régularité des échanges d'information** entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée
- Les modalités et la régularité des **réunions de concertation** pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés
- Les **conditions de retour du patient vers le médecin**

La formation

Pour pouvoir exercer en pratique avancée, il est nécessaire d'être infirmier diplômé d'Etat, titulaire du **diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique avancée**, et justifier de trois années d'exercice à temps plein comme infirmier diplômé d'Etat.(Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée 2018)

Le diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique avancée est délivré par le président d'une université accréditée.

La formation est organisée autour d'un tronc commun en première année avant de se centrer sur la mention choisie lors de la deuxième année.

L'exercice n'est possible que dans le domaine où l'étudiant a validé son diplôme.

Les bénéfices attendus

La pratique avancée apparaît dans notre paysage sanitaire comme une des solutions aux enjeux de santé publique. Même si son efficacité au sein d'autres organisations de santé a fait l'objet d'études scientifiques, elle ne peut à elle seule résoudre l'ensemble des problématiques que nous rencontrons.

Cependant, de son déploiement est attendu un ensemble de bénéfices que nous pouvons lister ici :

- L'amélioration de **l'accessibilité aux soins**. (Hurlock-Chorostecki and McCallum 2016)
- L'amélioration de la **qualité des soins**.(Martínez-González et al. 2014)
- L'amélioration de **l'état de santé des patients suivis**.(Bryant-Lukosius et al. 2015)
- L'amélioration de **la qualité des parcours patients**.(Hurlock-Chorostecki and McCallum 2016)
- L'amélioration **des coûts liés à la santé**.(Donald et al. 2015) (Kilpatrick et al. 2014)
- L'amélioration de la **satisfaction professionnelle**.(Steinke et al. 2018)

L'ARS PACA MENE UN PROJET PREFIGURATEUR POUR LE DEPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCEE.

La région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), de par son profil démographique peut tirer de grands avantages à implanter la pratique avancée sur son territoire. En effet, les pathologies chroniques ou rénales ainsi que les maladies Onco-hématologiques frappent de plus en plus une population inégalement répartie sur le territoire. C'est pour ces raisons que l'Agence Régionale de Santé (ARS) mène un projet d'implantation de grande ampleur de la pratique avancée sur la région. Pour cela l'ARS agit activement, et notamment en développant ses liens avec l'université.

Aix-Marseille Université (AMU) par son antériorité, son implication en ce qui concerne la pratique avancée, est un acteur essentiel de ce projet. Avec la création du diplôme d'Etat au sein de la Faculté de Médecine de l'Université Sophia Antipolis de Nice, le recrutement des étudiants qui était jusque-là national va tendre à se régionaliser.

L'ARS souhaite implanter la pratique avancée avec une vision stratégique, ce qui permettra de répondre à plusieurs objectifs :

- S'assurer que la pratique avancée réponde **aux besoins de la population** et aux problématiques des professionnels de santé du territoire.
- Assurer une **implantation de qualité** en basant sa stratégie sur les données probantes.
- Anticiper l'arrivée de ces nouveaux professionnels afin de **faciliter leur intégration** et le déploiement de leur rôle.
- **Evaluer et réajuster** la stratégie d'implantation.

Concrètement, plusieurs actions sont mise en œuvre depuis la parution des textes réglementaires :

La création du statut d'Infirmier Hospitalo Universitaire

En partenariat avec AMU, l'ARS cofinance 6 postes d'Infirmier Hospitalo-Universitaire (IHU). Leurs missions sont diverses, et sont réparties entre du temps d'enseignement ou d'ingénierie pédagogique à l'université, et du temps au sein des établissements auxquels ils sont rattachés.

Aux seins de ces établissements, ils accompagnent les étudiants en stage et participent activement aux projets d'implantation de la pratique avancée du territoire.

Ils sont également membres actifs du projet global porté par l'ARS PACA sur la région.

La modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée

Ce travail est l'illustration de cette mission, la modélisation permet de proposer un modèle à la fois diffusable mais aussi adaptable en lien avec l'implantation de la pratique avancée. Ce modèle axé autour de recommandations et d'illustrations concrètes est basé sur les données probantes. Dans un premier temps le travail de modélisation s'est concentré sur l'IPA au sein des Etablissements hospitaliers, mais le travail concernant l'IPA en ville, avant de mener un travail sur le lien ville hôpital est déjà en cours.

La communication

Il est important de communiquer autour de la pratique avancée, et l'ARS a mis en place une stratégie de communication intensive qui s'axe autour

- De la communication aux différentes institutions
- De la communication aux seins des Instituts de Formation de Soins Infirmiers
- Organisation de colloques
- Participation à des communications orales.

L'objectif étant de présenter l'exercice infirmier en pratique avancée afin de clarifier la vision des acteurs de santé de la région.

Le suivi des IPA formé(e)s

L'ARS PACA souhaite mettre en place un suivi des IPA formées sur la région.

Ce suivi prendra la forme de la création d'un réseau au sein duquel les IPA pourront échanger avec l'ARS directement et entre eux, partager des documents, des

expériences, faire remonter les difficultés liées à l'implantation de leur activité et interpeller directement l'ARS sur des problématiques particulières.

Un suivi de cohorte sera mis en place pour pouvoir réaliser une évaluation scientifique de l'évolution de l'implantation du rôle des IPA sur la région.

Accompagnement des établissements

L'ARS PACA, propose d'accompagner les établissements, les structures d'exercice coordonné en ville, ou les structures médico-sociales de la région à construire des projets d'implantation d qualité.

L'ARS peut intervenir directement auprès des établissements pour conseiller ou participer aux groupes de travail dans un souci d'implantation de qualité.

L'évaluation de l'implantation de la pratique avancée

Plusieurs études sont en cours de construction afin d'évaluer l'impact de l'implantation de la pratique avancée sur le territoire.

Une étude d'impact de la pratique avancée sur **l'état de santé** des patients suivis et **l'implantation du rôle IPA**.

Une étude **d'évaluation de l'expérience patient** en lien avec l'implantation d'une IPA dans le parcours de santé en **soins primaires**.

Une étude **médico-économique** afin d'évaluer l'impact de la pratique avancée en évaluant des **indicateurs de performance** (Durée moyenne de séjour, taux de ré-hospitalisation, temps médical dégagé).

METHODOLOGIE DE LA CONSTRUCTION DU DOCUMENT

Constitution d'un groupe de travail

Piloté par l'ARS PACA, un groupe de travail s'est constitué dès l'automne 2018 afin d'échanger autour de la modélisation de la fonction et de valider les différentes étapes d'avancement.

Ce groupe est composé :

- De l'équipe du Conseiller technique et pédagogique de l'ARS PACA
- Des directeurs des soins des 6 établissements partenaires.
- Du directeur de l'école de sciences infirmières de l'Université d'Aix Marseille
- Des 6 Infirmiers Hospitaliers Universitaires

Conduite d'une analyse SWOT

Une analyse a été menée par le groupe de travail afin d'identifier les **opportunités/menaces et forces/faiblesses** que pourraient représenter l'implantation de la pratique avancée en milieu hospitalier.

Lors de cette séance, un groupe de patients était invité à participer en plus du groupe de travail.

Cette analyse a permis de dégager plusieurs thématiques qui ont contribué à la construction de la grille d'entretien pour les Focus Group et entretiens.

Enquête par « focus group » et entretiens.

Il a été décidé pour modéliser la fonction d'IPA, de mener une enquête qualitative par **focus group et entretiens** afin de recueillir la perception des parties prenantes quant à l'implantation de la pratique avancée en milieu hospitalier.

L'enquête s'est déroulée au sein des 6 établissements partenaires



Population et méthode.

La recherche a interrogée entre **pendant 4 mois** par l'intermédiaire de focus group menés au sein des établissements différentes catégories de professionnels, pour chaque établissement.

Les groupes étaient constitués de professionnels (4 à 8) appartenant tous à la même catégorie professionnelle :

- Des infirmiers diplômés d'état
- Des encadrants paramédicaux
- Des médecins
- Des étudiants en deuxième année du DE d'IPA

En complément, des entretiens individuels par téléphone ont été menés avec des représentants des usagers.

Au total :

- **22 Focus group et 6 entretiens**
- **118 personnes interrogées**
- **28h d'entretien**

Répartition des personnes interrogées

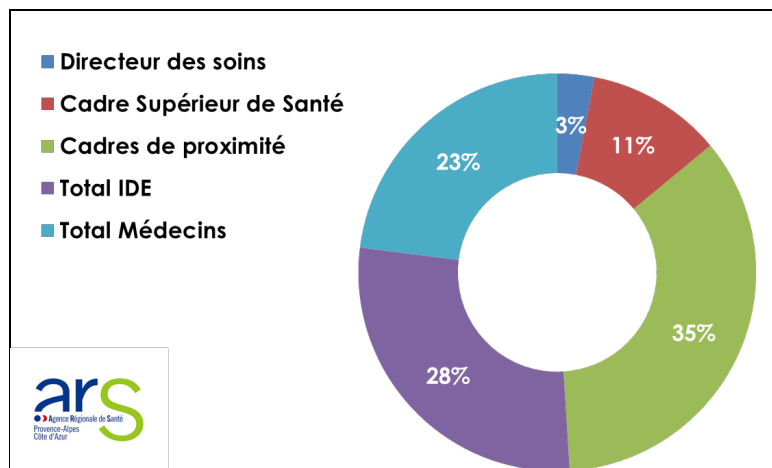


Figure 1: Répartition des soignants

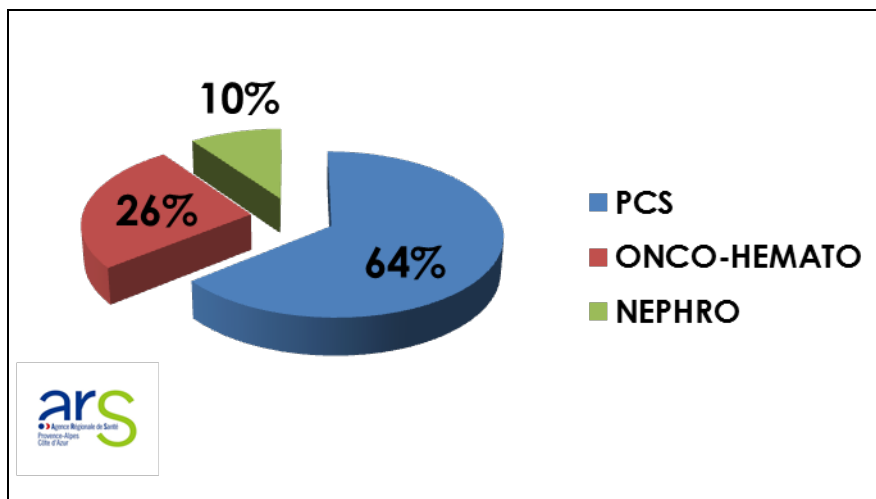


Figure 2: Répartition des soignants par option

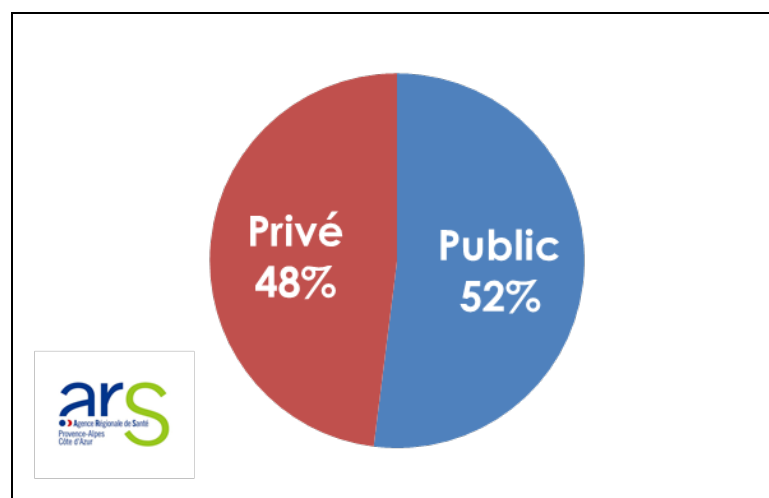


Figure 3: Répartition des soignants Public/Privé

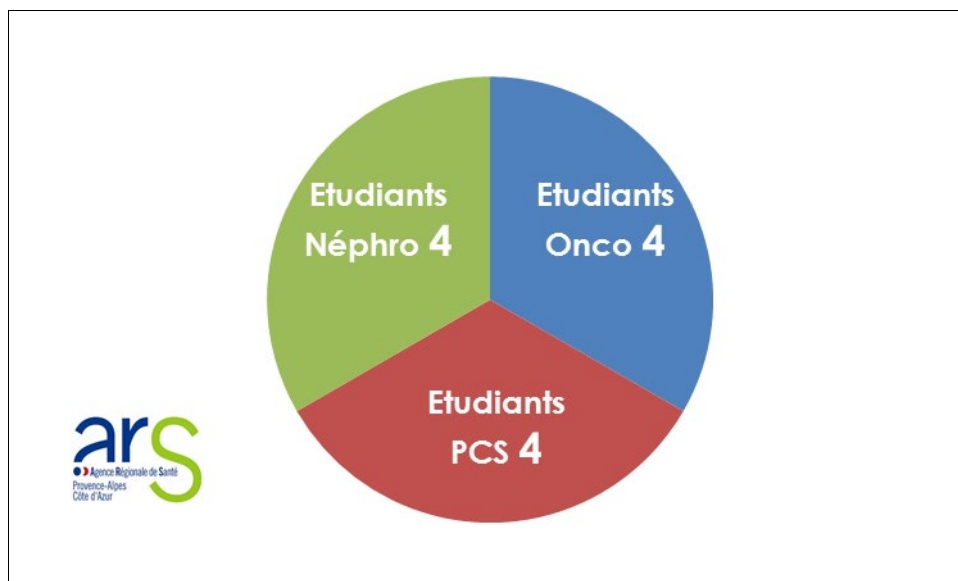


Figure 4: Répartitions des étudiants par option

Entretiens avec les représentants d'utilisateurs :

6 entretiens ont été menés avec des représentants d'utilisateurs, chaque entretien a duré en moyenne **45 minutes** pour un total de **4 heures ½**.

Déroulement des Focus group :

Les Focus group ont duré **en moyenne 1H**, et les participants ont été invités à échanger autour de thèmes en lien avec l'implantation de la pratique avancée :

- Perception de l'arrivée des IPA (menace/opportunité).
- Collaboration IPA/Professionnel.
- Aspect des ressources humaines à prendre en compte.
- Construction d'un projet d'implantation.

La coordination est l'organisation logistique des focus group a été menée par les IHU.

Le choix a donc été fait d'interroger les participants en les regroupant par catégorie professionnelle, ce qui a favorisé les échanges, et la confrontation des points de vue.

La perception pouvait être différente au sein du groupe, et la discussion a permis de trouver un consensus par le groupe en utilisant des repères communs.

Analyse et confrontation à la littérature

Une analyse thématique a ensuite été réalisée afin de pouvoir mettre en évidence des recommandations.

Cette analyse a été mise en perspective avec une analyse de la littérature sur le sujet.

Analyse de la littérature

Une recherche bibliographique a été effectuée.

Moteur de recherche utilisé : PubMed

Equation de recherche: (((("nurse practitioners"[MeSH Terms] OR "advanced practice nursing"[MeSH Terms]) AND "organization and administration"[MeSH Terms]) AND "nurse's role"[MeSH Terms]) AND implementation[All Fields]

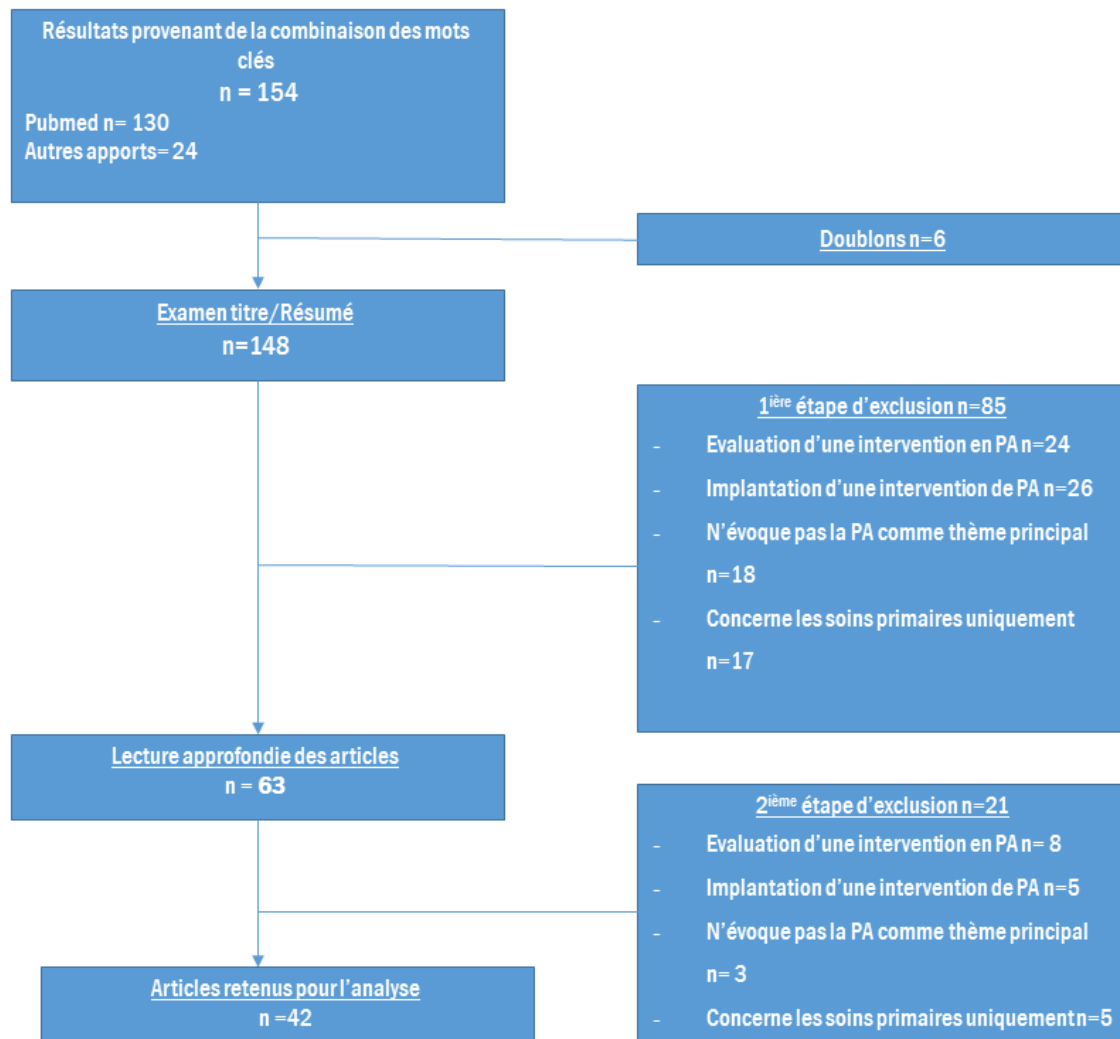


Figure 5: Diagramme de flux

LES RECOMMANDATIONS

Le travail d'analyse a permis l'émission de **7 grandes recommandations**. Ces recommandations, argumentées par le travail de recherche et l'analyse de la littérature ont été validées par le comité de pilotage.

L'objectif est d'encadrer l'implantation de la pratique avancée au regard des risques identifiés. Ce travail représente une proposition de solutions et de conseils pour les établissements de santé qui souhaitent développer cette nouvelle profession.

Les Recommandations :

- ***L'IPA doit être ancrée au cœur de la profession infirmière***
- ***L'IPA exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire et intervient à différents moments du parcours de soins.***
- ***L'exercice de l'IPA est centré sur la clinique, et laisse place à des activités afférentes.***
- ***La réussite du projet d'implantation de la pratique avancée repose sur la prise en compte des besoins et sur l'investissement de l'institution***
- ***L'implantation d'un IPA nécessite une prise en compte de l'aspect des ressources humaines et matérielles***
- ***La construction de l'activité de l'IPA doit intégrer la notion de sécurisation des soins***
- ***L'implantation de l'IPA doit faire l'objet d'une véritable campagne de communication au sein de l'établissement et des partenaires***

Codage et Lecture du verbatim

- **P** pour participant ex : P1 est la première personne qui s'exprime.

- **FG** pour focus group
- **Ent** pour entretien
- **E** pour en encadrant paramédical
- **Et** pour étudiant
- **I** pour IDE
- **M** pour médecin.

Exemple de codage :

- P3-FG-M4 signifie que la personne qui s'exprime est le participant n°3 du focus group « médecins » n°4.
- Ent-P1 signifie que la personne qui s'exprime est le patient n°1.

Recommandation n°1 :

« L'IPA doit être ancrée au cœur de la profession infirmière. »

L'IPA risque d'être considérée comme un « mini médecin »

Lors de l'enquête les professionnels de santé interrogés ont mis en avant le risque que l'IPA puisse être considérée comme un « *mini médecin* »(P2-FG-M1), « sous-interne » (P1-FG-M2), « un peu comme un externe » (P4-FG-E3).

Or il est important de rappeler, que le projet en lien avec la pratique avancée ne peut concevoir d'utiliser les IPA comme des médecins (Keating, Thompson, and Lee 2010). **Les IPA sont des infirmières**, avec leur culture, leurs valeurs, leur ordre, leur code de déontologie(Décret N° 2016-1605 Du 25 Novembre 2016 Portant Code de Déontologie Des Infirmiers 2016). Le risque de laisser se mettre en place une pratique avancée « *proche de la délégation médicale* » (Delmas 2019) est réel.

L'IPA représente une évolution de la profession d'IDE

L'IPA est **une évolution de la profession d'IDE** et doit le rester. Ce n'est pas parce que l'IPA acquiert des compétences élargies qu'elle change de profession. « *Ce n'est pas et ce ne sera jamais un médecin.* » (P1-FG-M3). Il faut donc anticiper ce risque en mettant en avant la culture infirmière, en intégrant l'IPA comme soignant paramédical. L'IPA doit encre sa fonction au cœur des sciences infirmières. Elle doit maîtriser les concepts des sciences infirmières(Pepin, Ducharme, and Kérouac 2017) et orienter sa pratique en fonction.(Dallaire 2008)

Il existe une plus-value à ce que l'IPA soit une IDE

La culture infirmière en ce qui concerne la prise en charge holistique, le sens clinique infirmier, ou les compétences relationnelles représente une « **plus-value** » pour la fonction d'IPA. L'ensemble des professionnels reconnaissent cette plus-value (P2-FG-E-2) ;(P3-FG-E3), et les patients voient la possibilité d'avoir un suivi par une IDE comme « *une chance* » (E-P1) ou un « *vrai plus* » (E-P6).

Il est donc nécessaire au moment de construire le rôle de l'IPA de le percevoir comme un infirmier en évolution plutôt que comme un sous médecin. Et de ce fait, s'interroger sur ce que peut apporter un infirmier qui a élargi ces compétences, plutôt qu'un médecin qui a restreint les siennes.

Recommandation n°2 :

« L'IPA exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire et intervient à différents moments du parcours de soins »

La collaboration avec l'ensemble des professionnels est **une des compétences centrale** de l'exercice en pratique avancée.(Hamric et al. 2013)

La construction du poste doit intégrer la collaboration.

Le poste d'IPA ne peut se concevoir en exercice isolé. L'IPA travaille au sein d'une équipe, et il est essentiel d'identifier les acteurs qui vont collaborer avec elle(Jones 2005). Le protocole d'organisation structure cela, mais il faut concevoir cette notion dès le départ. Il ne faut pas que l'IPA soit un « *électron libre qui se balade d'équipe en équipe, il faut qu'elle soit intégrée au sein de sa propre équipe*» (P3-FG-E5).

L'IPA facilite la collaboration entre l'ensemble des acteurs du parcours de soins.

L'implantation d'une IPA doit être l'occasion de concevoir un nouveau modèle de soins. Dans ce nouveau modèle l'IPA doit trouver sa place, et il a été identifié que l'IPA puisse être identifié comme « *faisant le lien entre les équipes* » (P4-FG-M3). En effet, les acteurs de santé misent sur l'IPA pour sortir de la logique de fonctionnement en silo. Les IDE espèrent trouver chez les IPA « *des facilitateurs d'accès à l'information médicale* » (P2-FG-I1) et les médecins l'occasion de travailler avec des « *lanceurs d'alertes* » (P1-FG-M2) (P2-FG-M1). L'IPA doit faire ce lien et être identifié comme un membre de l'équipe évoluant au quotidien avec l'ensemble des professionnels.

Ses compétences lui permettent d'exercer à différentes étapes du parcours du patient.

Dans la conception du projet d'implantation de l'IPA, il ne faut pas cantonner l'IPA à une seule étape du parcours du patient (Bryant-Lukosius et al. 2004). Ses compétences lui permettent d'évoluer à différentes interfaces (pré opératoire, durant l'hospitalisation, pendant le suivi au long cours...). Le risque consiste encore à

cantonner l'IPA à une activité isolée dont l'objectif est seulement de se substituer à une partie de l'équipe médicale. Ce risque bien identifié est réel :

« Si on met une IPA pour qu'elle fasse de la consult du lundi au vendredi au fond d'un couloir, ça n'a pas d'intérêt. Elle doit pouvoir venir voir les patients pendant l'hospitalisation, préparer les suivis, faire le lien avec la ville, bref...travailler avec tout le monde». (P2-FG-E4)

L'IPA doit donc développer son activité en intégrant le fait qu'elle travaille en collaboration avec l'ensemble des professionnels, sur des projets transversaux et elle est attendue pour cela. Cet aspect représente un réel enjeu dans la conception d'un nouveau modèle de prise en charge des patients.

Recommandation n°3 :

« L'exercice de l'IPA est centré sur la clinique, et laisse place à des activités afférentes. »

Le cœur de métier de l'IPA se caractérise par le suivi de patient, centré sur la clinique. C'est pour faciliter cette mission que l'IPA a élargi ses compétences dans le champ médical. L'utilisation des compétences de l'IPA permettra une amélioration générale du système de santé et facilitera son intégration.(Ambrosino et al. 2018).

Cependant, un risque de « *mauvaise utilisation* » de l'IPA est réel (Irvine et al. 2000). La perception de certains professionnels nous le confirme.

« Moi l'IPA, je la vois bien prendre en charge son secteur de 8 malades, faire sa visite le matin, puis en référer au chef ou à l'interne pour qu'il puisse faire sa contre-visite. » (P2-FG-M2)

Il est donc nécessaire de rappeler que l'IPA a des compétences centrées sur la clinique en lien avec des activités afférentes qui sont détaillées au sein du référentiel de compétences et d'activités. Ce référentiel est en adéquation avec la conception de la profession d'IPA telle que décrite dans la littérature (Müller et al. 2010).

Nous verrons plus loin comment combiner ces activités afin de construire le poste de l'IPA, mais pour cela, rappelons le champ des possibles que propose l'activité en pratique avancée. Sa « *sous-utilisation* » (P3-FG-Et1), ou sa « *mauvaise utilisation* » (P6-FG-E3) sera un frein majeur à la réussite du projet d'implantation.(Doetzel, Rankin, and Then 2016)

Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention

(Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée 2018)

L'IPA va mener un « entretien IPA », qui va mobiliser la compétence de consultation.

Lors de ce temps, ou elle recevra le patient, elle va pouvoir recueillir l'anamnèse complète, l'ensemble des éléments en lien avec la qualité de vie et les retentissements de la maladie. Elle conduira son examen clinique, en interprétera les signes et les symptômes, et les mettra en lien avec son interprétation des examens paracliniques.

Elle va pouvoir évaluer l'observance, et les effets secondaires des traitements médicaux.

L'ensemble de ces données lui permettront de repérer les situations d'urgences et d'orienter le patient vers les différents partenaires médicaux, médicaux sociaux, ou sociaux en fonction de la situation.

Elle formulera des conclusions cliniques et des diagnostics infirmiers qui lui permettront de co-construire avec le patient un projet de soins infirmiers en cohérence avec le projet médical.

« Ce temps de recueil et d'examen est précieux, et je pense que les IPA le feront au moins aussi bien que nous, en tout cas si on leur laisse le temps nécessaire » (P4-FG-M4)

Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention

(Décret N° 2018-633 Du 18 Juillet 2018 Relatif Au Diplôme d'Etat d'infirmier En Pratique Avancée 2018)

Cette activité s'inscrit dans la continuité de la précédente. Une fois le projet de soins définit, l'IPA va pouvoir afin de faciliter son suivi prescrire ou réaliser des actes en autonomie. Le risque est de dissocier ce droit de prescription et de réalisation de l'évaluation globale vu précédemment.

« L'IPA peut prescrire, ok, mais pas sans avoir examiné le patient et identifié ce dont il avait besoin » (P3-FG-E3)

« Il est clair que ce droit de prescription, si il est bien utilisé va nous permettre de nous concentrer sur autre chose » (P4-FG-M1)

Elle pourra alors renouveler des prescriptions médicales en cours et adapter leur posologie, renouveler des prescriptions médicales de produits de santé et d'actes infirmiers. Prescrire et renouveler des produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire (dispositifs médicaux et médicaments).

L'IPA pourra dans le cadre de son suivi et en fonction de la situation : demander des examens complémentaires et orienter vers un professionnel de santé.

Elle pourra également renseigner des dossiers ou contribuer à l'établissement de formulaires ouvrant droit à des prestations sociales ou médico-sociales.

Si elle le juge nécessaire, elle pourra orienter le patient vers un programme d'éducation thérapeutique, et réaliser des actes techniques adaptés à la pathologie et à la situation du patient.

L'ensemble des actes que l'IPA pourra réaliser, l'ensemble des prescriptions qu'elle pourra renouveler ou adapter, ainsi que l'ensemble des examens qu'elle pourra demander sont définis par des listes fixées par arrêté. De même, il est important de rappeler que l'ensemble de ces activités doivent être préalablement indiquées au sein du protocole d'organisation.

Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique

(Décret N° 2018-633 Du 18 Juillet 2018 Relatif Au Diplôme d'Etat d'infirmier En Pratique Avancée 2018)

Cette activité fait référence à la compétence en lien avec l'éducation. Elle permet si besoin de centrer une partie de l'activité de l'IPA visant l'amélioration de la santé du patient en prenant en compte la notion de prévention.

« Avec les IPA, les patients auront le temps d'être reçus correctement, et on pourra vraiment mettre en place des actions de prévention efficaces. » (Ent-P3)

L'IPA va accueillir le patient et son entourage, afin de réaliser un bilan éducatif, de fixer des objectifs et de concevoir avec le patient des actions de prévention primaires adaptées et d'éducation thérapeutique.

Elle va ainsi, rechercher les réseaux ou organisation permettant d'atteindre ces objectifs, puis organiser et planifier les soins.

L'IPA devra prévoir dans son activité des actions de dépistages collectifs et individuels.

Il est nécessaire d'accompagner les aidants, la famille et l'entourage en fonction des différentes étapes du parcours du patient. Pour cela l'IPA peut réaliser des entretiens avec l'entourage du patient et les impliquer dans la démarche éducative et de prévention.

L'IPA suivra la mise en œuvre de l'ensemble des actions dans le parcours de soins, les évaluera et réajustera si nécessaire.

Enfin, l'IPA exercera ses compétences éducatives de manière plus large en s'inscrivant au sein de projets territoriaux de santé.

Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient

(Décret N° 2018-633 Du 18 Juillet 2018 Relatif Au Diplôme d'Etat d'infirmier En Pratique Avancée 2018)

L'IPA doit être un « *interlocuteur privilégié, identifié par le patient* » (P2-FG-Et3). Ce qui va lui permettre de mettre en œuvre la compétence en lien avec la collaboration, et d'être identifié comme le principal acteur du lien. « *Il faut que l'IPA contribue à casser les silos entre les équipes, mais aussi entre la ville et l'hôpital.* » (P5-FG-M5)

Ainsi, elle doit organiser les parcours de soins et de santé des patients en lien avec le médecin traitant, le médecin spécialiste, l'ensemble des acteurs du parcours de l'hôpital et en ville.

Elle élabore un plan de soins personnalisé, en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste et participe à l'organisation du travail en équipe dans le cadre du parcours de soins et de santé du patient.

Comme prévu par le protocole d'organisation, elle organise des réunions de concertation pluriprofessionnelles avec les différents professionnels des champs sanitaire, social et médico-social intervenant dans le parcours de soins du patient.

Elle enregistre, transmet de manière sécurisée les données, elle enrichit le dossier médical avec les actions menées et celles prévues dans le souci de l'amélioration de la prise en charge.

Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

(Décret N° 2018-633 Du 18 Juillet 2018 Relatif Au Diplôme d'Etat d'infirmier En Pratique Avancée 2018)

Cette activité mobilise plusieurs compétences fondatrices de la pratique avancée. Ici, l'IPA ne sera pas dans la pratique clinique directe auprès du patient, mais travaillera avec l'ensemble des acteurs qui l'entoure. Elle devra donc mettre en œuvre ses compétences en lien avec la collaboration, l'éducation, la recherche et le leadership. Elle devra se positionner, faire valoir sa plus-value et apporter aux professionnels qui l'entourent son savoir et son savoir-faire pour l'amélioration de la santé des patients, et le bon fonctionnement du système.

« L'IPA va pouvoir nous transmettre son expertise dans son domaine » (P1-FG-I1)

L'IPA va devoir diffuser les bonnes pratiques et recommandations en lien avec les données probantes. Elle va donc participer à l'élaboration et l'évaluation de protocoles de soins pluri-professionnels, et rédiger des référentiels de bonnes pratiques tout en contribuant à la production de données probantes.

Elle va organiser et animer de travaux relatifs à l'analyse et l'évaluation de pratiques professionnelles ainsi que de retour d'expériences, notamment dans les situations difficiles.

L'IPA en collaboration avec le cadre de santé de proximité, va accompagner les équipes. Cet accompagnement va prendre différentes formes :

- L'élaboration d'actions de formation et de développement professionnel continu
- L'organisation et animation de travaux visant à l'amélioration et au réajustement des pratiques professionnelles

- L'Accompagnement des équipes dans une démarche qualité et à l'évolution des pratiques en passant notamment par la formation des pairs (tutorat, ...)

La démarche se caractérise aussi à plusieurs niveaux et notamment en concevant et mettant en œuvre des actions d'amélioration des pratiques des aidants professionnels et naturels ou en contribuant à la rédaction et communication de rapports auprès des établissements et des autorités (HAS, ARS).

Contribution à des études et des travaux de recherche.

(Décret N° 2018-633 Du 18 Juillet 2018 Relatif Au Diplôme d'Etat d'infirmier En Pratique Avancée 2018)

L'IPA a développé au cours de sa formation des compétences pour pouvoir mener des travaux de recherches.

« Il faut que l'on est du temps dédié pour pouvoir faire de la recherche » (P1-FG-Et1)

Il est nécessaire ici de clarifier le fait que la contribution qu'elle va apporter à des travaux de recherche seront dans le domaine de la recherche en soins, de la pratique avancée, et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle ne doit pas utiliser ses compétences pour *« venir nous aider à recueillir les données dans le cadre de nos essais thérapeutiques »*. Ici aussi le risque est présent d'utiliser les compétences de l'IPA comme une assistante de recherche clinique. Non, l'IPA doit contribuer à la valorisation de sa profession par la production de données probantes et doit être soutenu par son établissement pour cela.

L'objectif étant de publier des articles à visée professionnelle et scientifique, afin de contribuer à l'enrichissement de la production de données probantes en lien avec la profession infirmière et IPA.

De ce fait, l'IPA doit participer à des communications professionnelles et scientifiques lors de congrès afin qu'elle puisse communiquer sur les pratiques professionnelles infirmières en pratique avancée et sur les résultats obtenus.

Il faut concevoir l'IPA comme « *un couteau suisse* » (P2-FG-E2), sa montée en compétence est vaste et elle va pouvoir réaliser un grand nombre d'activités qui vont contribuer à la prise en charge holistique du patient. Il est essentiel de le prendre en compte, et de ne pas délaissier ces activités afférentes dans la construction du projet d'implantation de la pratique avancée.

Recommandation n°4 :

« La réussite du projet d'implantation de la pratique avancée repose sur la prise en compte des besoins et sur l'investissement de l'institution »

Implanter la pratique avancée au sein d'un établissement est un projet complexe qui peut paraître vertigineux (Yeager 2010). L'aspect innovant peut susciter de l'enthousiasme, mais peut faire commettre des erreurs (McNamara et al. 2009).

« On va essayer les plâtres, on ne connaît pas bien, c'est possible que l'on se plante, de toute façon on fera des erreurs. » (P2-FG-E4)

« Honnêtement, aujourd'hui, je ne saurais pas par où commencer ! » (P1-FG-E5)

L'implantation de la pratique avancée représente un énorme enjeu dès les prémices. L'ensemble des systèmes de santé qui utilisent les compétences de la pratique avancée ont été confrontés à cette problématique. Avec parfois des échecs qui ont nécessité de refonder totalement la politique d'implantation. (Schober 2015)

De ces expériences, un modèle a émergé, il fait foi aujourd'hui, et il paraît inconcevable d'imaginer l'implantation de la pratique avancée sans y faire référence. Ce modèle, il s'agit du cadre PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development) (Bryant-Lukosius and Dicenso 2004).

Ici, nous allons proposer des axes incontournables à la réussite de l'implantation de la pratique avancée issus de ce modèle, et de la perception des personnes interrogées.

Le projet d'implantation de la pratique avancée doit être un projet institutionnel

Pour mener ce projet, un groupe de pilotage doit être construit. Ce groupe doit être le plus large mais le plus pertinent possible. Il doit être mené par la direction des soins.

Il doit être composé de :

- La direction générale
- La direction des ressources humaines
- La formation continue
- Des médecins des domaines concernés (dont le président de la CME)
- Des encadrants paramédicaux (cadre supérieurs et de proximité)
- Des IDE (dont des futurs IPA)

La direction des soins doit s'assurer à ce que l'ensemble du groupe soit unanime sur le concept et la compréhension de la pratique avancée. (Rhodes, Fusilero, and Williams 2010)

Ce groupe doit se réunir régulièrement afin d'assurer une dynamique qui permette de faire en sorte que le projet d'implantation de la pratique avancée soit un véritable projet institutionnel.

Le projet doit être construit afin de répondre à la triade des besoins (« le triple objectif »)

La pratique avancée doit répondre à des besoins, elle ne peut être implantée juste « *parce qu'on pense que c'est là que c'est le plus simple* » (P3-FG-E7), ou parce que « *c'est sûr qu'il y a des services où ça va marcher !* » (P2-FG-M4).

Elle doit répondre à la triade des besoins (Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé 2015), (besoins de la population, de l'établissement et du système de santé) ce qui nécessite de les évaluer. Pour cela plusieurs moyens sont possibles, l'objectif étant de pouvoir se baser sur des données probantes.

Une enquête peut alors être menée sur l'établissement pour identifier les besoins auxquels la pratique avancée pourrait répondre. Un questionnaire basé sur le référentiel de compétences et intégrant la motivation au développement de la PA au sein du pôle peut représenter un outil efficace. Cette enquête pourra être approfondie par des entretiens. (Boyko, Carter, and Bryant-Lukosius 2016)

Les besoins doivent être ensuite hiérarchisés, discutés en fonction des ressources afin de pouvoir retenir un champ d'application et une population.

En parallèle, une cartographie du modèle de soins existant doit être établie. Ce processus permettra de ne pas faire de doublons et de ne pas positionner l'IPA sur des missions qui sont déjà pourvues.

Un exemple pour illustrer :

L'enquête au sein d'un établissement de santé a montré que le pôle « métabolique et vasculaire » est celui pour lequel la pratique avancée pourrait répondre au plus de besoins. Mais que l'implantation au sein du pôle « oncologie » serait également pertinente.

Des entretiens sont menés avec les médecins des services concernés, les encadrants et les IDE.

A la suite de cette enquête, il apparaît que deux champs d'applications se dégagent :

- Le suivi des patients insuffisants cardiaques.
- Le suivi des patients en inter cure de chimiothérapie.

Les deux champs sont alors discutés au sein du groupe de travail, et objectivés par des données probantes :

- Ex : X% des patients qui sortent après un premier diagnostic d'insuffisance cardiaque ne sont pas vu dans les deux mois comme le nécessite les recommandations.
- Ex : X% des chimiothérapies sont annulées à cause de la mauvaise gestion des effets secondaires en inter cure.
- Ex : X% des patients insuffisants cardiaques sont ré-hospitalisés dans les 6 mois.
- Ex : X% des patients suivis pour un traitement par chimiothérapie passent par les urgences dans l'année.

Après discussion un consensus est trouvé par le groupe de travail, sur le champ d'intervention et la population soignée.

Des objectifs de résultats doivent être établis

Une fois le champ d'intervention déterminé, il est nécessaire d'établir des objectifs précis. Ces objectifs doivent être chiffrés, établis sur une durée et réalisables.

Pour reprendre l'exemple précédent, admettons que le champ d'intervention retenu soit l'insuffisance cardiaque avec une application en transversalité sur le pôle.

Les objectifs pourraient être les suivants :

- Diminuer de X% le nombre de patient « perdus de vue des 2 mois » sur un an.
- Diminuer de X% le nombre de patient ré-hospitalisés dans les 6 mois.

Pour construire l'activité de l'IPA, il faut utiliser ses compétences pour répondre aux objectifs fixés.

Ce sont les objectifs fixés qui seront moteurs afin de construire l'activité de l'IPA. Il faut alors confronter ces objectifs aux référentiels d'activités et de compétences de l'IPA pour construire le protocole d'organisation et la fiche de poste. L'activité doit garder un ratio IPA/patient pertinent pour qu'elles puissent exercer de manière optimale. (Stolee et al. 2006)

Dans notre exemple :

Il est envisageable de concevoir que l'IPA mettra en place un « entretien IPA » pour les patients qui seraient normalement vus à 2 mois par leur cardiologue, et démarrer un suivi régulier en intercalant « entretiens IPA » et consultations avec le cardiologue.

Elle mettra en place une stratégie de prévention adaptée à chaque patient. Admettons qu'il existe un programme d'éducation thérapeutique en lien avec l'insuffisance cardiaque, elle pourra orienter le patient vers ce programme. Mais elle pourra en développer un s'il n'existe pas.

Elle fera le lien avec les soignants « de ville », et deviendra l'interlocuteur privilégié des partenaires extérieurs (Médecin traitant, cardiologue de ville, infirmière).

On doit également intégrer que son activité prenne en compte les compétences d'évaluation des pratiques professionnelles, et de recherche en soins.

Une fois les activités identifiées il faut les hiérarchiser et les répartir en prenant en compte les 60-80% d'activité clinique directe pour les IP, ou inversement pour les ICS.

L'activité de l'IPA doit être évaluée.

L'activité de l'IPA doit être évaluée à différents niveaux et avec différents indicateurs.(Bryant-Lukosius et al. 2016)

L'atteinte des objectifs doit être évaluée et analysée afin de pouvoir les réajuster. Il est possible que certains objectifs soient surévalués au départ, il faut alors comprendre si c'est l'organisation de l'activité qui n'est pas adaptée, ou l'objectif qui est trop ambitieux.

Le rôle de l'IPA doit être évalué, la satisfaction professionnelle, l'implantation du rôle, la représentativité au sein de l'établissement et la collaboration avec l'équipe de travail.

« Il faut que l'on sache si leur activité est efficace, il faut que l'on fasse des études sérieuses sur ce qu'elles font pour le mettre en avant et réajuster » (P3-FG-E4)

L'évaluation du travail de l'IPA doit permettre de fournir des données probantes sur son impact prenant en compte des facteurs médico-économiques.(Rapp 2003)

A long terme l'implantation doit être évaluée afin de faire évoluer le poste, le rendre pérenne et qu'il soit toujours en adéquation avec la triade des besoins.

Implanter la pratique avancée nécessite donc une volonté institutionnelle forte. Le modèle PEPPA permet de conduire un processus centré sur le patient et les données probantes, afin de répondre au plus près et de manière active dans le temps à la triade des besoins.

Recommandation n°5 :

« Les ressources humaines et matérielles doivent être anticipées pour la réussite du projet d'implantation de la pratique avancée. »

Le rattachement hiérarchique de l'IPA

L'IPA doit garder son lien avec la filière soignante. Selon les établissements, le rattachement hiérarchique peut se faire soit en direct de la direction des soins, soit auprès des cadres de pôles.

L'IPA doit travailler en collaboration étroite avec le cadre de proximité, mais les rôles doivent être clairement séparés.(Reay, Golden-Biddle, and Germann 2003)

« Ceux qui pensent que les IPA et les cadres vont se marcher dessus n'ont clairement rien compris à ce qu'était la pratique avancée » (P5-FG-15)

Ce rattachement doit prendre en compte, la taille de l'établissement, le nombre d'IPA au sein de la structure, l'autonomie de l'IPA et la transversalité des projets.

En aucun cas, l'IPA ne doit « basculer » sous la responsabilité hiérarchique médicale.

A terme, l'idéal serait de créer une « communauté » d'IPA, qui pourrait mutualiser certaines activités comme la recherche par exemple.

Le rattachement fonctionnel de l'IPA à la partie médicale.

Les IPA vont travailler avec de nombreux acteurs, et il sera nécessaire d'organiser les missions en prenant en compte la partie médicale de l'organisation des soins.

De plus intégrer l'équipe médicale directement dans le rattachement fonctionnel permettra (en attendant le déploiement massif des IPA) l'évaluation des compétences médicales.

La fonction d'IPA une opportunité pour les ressources humaines

Dans un contexte de pénurie de personnel, former un IDE à la pratique avancée peut représenter une **opportunité de valorisation** professionnelle non négligeable, et un moyen de fidélisation des effectifs.

« C'est certain que si l'établissement a un projet d'ampleur de développement de la pratique avancée, ça va représenter un moyen de garder nos infirmières, en tout cas celles qui voulaient évoluer et qui ne se voyaient pas dans les spécialités qu'on pouvait leur proposer » (P3-FG-E6)

La formation de l'IPA doit être anticipée

La formation pour devenir IPA est longue, et elle nécessite que l'agent soit absent sur de longues périodes. Si l'établissement n'anticipe pas cet aspect, il va devoir faire face à plusieurs difficultés :

L'impossibilité pour l'agent de mener sa formation correctement :

« Si il n'est pas remplacé et que je n'ai personne, je fais comment moi ? Je le rappelle, et je lui demande de rentrer plus tôt » (P1-FG-E2)

Le risque d'épuisement et d'interruption de la formation :

« Entre les cours puis les stages, à un moment ils m'ont demandé de travailler sur mes repos, je n'avais plus de vacances, plus de jours de congés, je n'en pouvais plus, j'ai failli arrêter » (P3-FG-Et2)

Il est donc nécessaire d'anticiper cela, et d'intégrer la formation IPA dans un programme de formation qui permet le bon déroulement de la formation.

Un profil de personnel pouvant prétendre à intégrer la formation d'IPA se dégage

Dans l'objectif de sélectionner au mieux les futurs agents pour la formation, un profil, ou en tout cas des caractéristiques sont en mettre en avant :

- Motivation
- Grande capacité de travail.
- **Expérience/Expertise**

- Tendence à s'inscrire dans des projets transversaux d'établissement
- Leadership
- Positionnement adapté entre responsabilité et confiance en soi
- Aisance relationnelle
- Reconnaissance des compétences par les intervenants

Anticipation des moyens

L'établissement doit **anticiper les moyens matériels** qu'il va mettre à disposition de l'IPA : Salle de consultation, bureau, moyen d'accès informatique (anticiper le droit de prescription, et l'accès aux dossiers médicaux).

« Aujourd'hui, nous sommes pleins, on se marche dessus et on se bat pour les bureaux, c'est vrai que si on doit développer une activité IPA, il va bien falloir qu'on lui donne les moyens de travailler » (P6-FG-E1)

Anticiper l'aspect des ressources humaines et les moyens contribuera à la bonne implantation du rôle de l'IPA et au bon déroulé de sa formation. Il est donc nécessaire d'impliquer la direction des ressources humaines dans le groupe de pilotage du projet.

Recommandation n°6 :

« La construction de l'activité de l'IPA doit intégrer la notion de sécurisation des soins. »

La fonction d'IPA est nouvelle dans notre système, avec des responsabilités élargies, il est légitime que certains professionnels ou même certains patients s'inquiètent face à la modification de ce mode d'exercice (Cummings, Fraser, and Tarlier 2003). Pour cela il faut ; et c'est primordial, instaurer une relation de confiance entre les différents acteurs : Patient/Médecin/Equipe de soins/IPA. (Kilpatrick, Jabbour, and Fortin 2016)

Une période de post-formation doit être envisagée

Avant que l'IPA ne soit diplômée, il faut anticiper cette période transitoire entre le moment où elle va prendre son poste, et celui où elle agira de manière entièrement autonome.

« L'ensemble des professionnels sont doublés chez nous, au moins pour un mois, ça me semble nécessaire que l'IPA passe par une formation, avec le médecin mais aussi avec nous ». (P4-FG-E2)

La durée de cette période dépendra évidemment de l'antériorité de l'IPA dans l'établissement, et permettra aux patients, aux équipes de soins ainsi qu'aux médecins de créer ce lien de confiance nécessaire avec l'IPA.

Dans le cas où l'IPA sera positionné sur un parcours très spécialisé il est possible d'envisager un complément de formation pendant cette période (Diplôme universitaire par exemple).

Cette période sera l'occasion pour l'IPA de prendre progressivement sa place dans ses nouvelles fonctions, de se familiariser avec les outils.

Dans tous les cas, l'IPA s'inscrit dans une démarche de mentorat et de formation continue permanente. (Barker 2006)

Le protocole d'organisation : un outil au service de la sécurisation des soins.

Le protocole d'organisation (PO) est un outil « garde-fou » qui a pour vocation d'organiser l'activité de l'IPA, mais aussi de sécuriser les soins.

Le PO doit prendre en compte le domaine d'activité, la fréquence de réunions de concertations ou les modalités de retour vers le médecin et doit être **le plus clair possible**. Cependant il ne faut pas oublier qu'il doit être co construit, le médecin ne peut être le seul rédacteur du PO. L'IPA doit être l'autre professionnel qui co construit le PO. Ce moment de collaboration avec le médecin est une étape décisive pour la suite de l'activité de l'IPA qui doit en profiter pour mettre en avant ses compétences en lien avec le leadership.(Lowe, Plummer, and Boyd 2018)

« A partir du moment où les choses sont claires et que l'on sait que si on se dégrade on peut retourner voir le médecin, pour moi il n'y a pas de problème ». (Ent-P5)

« Moi je serai d'accord pour être pris en charge par une IPA si j'ai confiance en elle, et si on est d'accord sur ce qu'elle peut faire ou ne pas faire. » (Ent-P4)

Les missions de l'IPA doivent être bien définies

La clarté des missions représente un aspect fondamental en ce qui concerne la sécurisation des soins. (Gardner, Chang, and Duffield 2007)

Des missions précises et adaptées, empêcheront tout glissement de tâche, ou une mauvaise sollicitation de l'IPA(Thrasher and Purc-Stephenson 2007). Le PO servira alors de document opposable.

« Si leurs missions ne sont pas écrites dans une fiche très précises, et bien...c'est la porte ouverte au grand n'importe quoi ! Elles viendront remplacer l'un, faire un peu de ça, sans trouver leur place et du coup...en se fâchant avec tout le monde. Bref ! Il faut écrire ce qu'elles vont faire et s'y tenir » (P2-FG-I5)

Certains professionnels voient la possibilité d'utiliser les IPA en remplacement direct de professionnels médicaux, ce n'est pas envisageable.

« Des fois, le médecin arrive en retard, et nous on a besoin de nos prescriptions pour que le patient puisse sortir, si on a une IPA sous le coude ce sera pratique, elle signera tout et tout le monde sera content. » (P3-FG-E1)

L'IPA ne peut pas être considérée comme un « bouche trou », il en va du ressort de sa responsabilité juridique, de l'intérêt de la profession et de la sécurisation de soins. D'où l'intérêt de sécuriser l'activité en trouvant le juste équilibre entre ce qu'elle peut faire, ce qu'elle peut apporter et ce qui n'est pas de son ressort, le tout dans des missions très claires et très précises pour pas qu'il n'y est de confusion.

Recommandation n°7 :

« L'implantation de l'IPA doit faire l'objet d'une véritable stratégie de communication au sein de l'établissement et des partenaires »

Afin de limiter le risque de confusion à l'arrivée de l'IPA, ses missions doivent être **connues de tous**.

L'IPA doit se faire connaître et faire connaître ses missions

Cela semble évident, mais il paraît cependant nécessaire de le rappeler : l'IPA doit se présenter et présenter ses activités aux différentes instances de l'institution, et à toutes les équipes avec qui elle va collaborer. (Jones 2005)

« Si l'IPA n'est pas identifié comme prescripteur en pharmacie ou en imagerie, ça risque de coïncider » (P1-FG-E1)

L'IPA doit être capable d'expliquer clairement et facilement ses activités aux équipes de soins. Elle doit énoncer comment elle envisage leur collaboration, faire comprendre quels sont les intérêts de la création de ce poste, elle doit également être capable d'écouter les conseils et prendre en compte les perceptions de menaces que l'IPA peut représenter.

« Moi ça fait des années que je fais de l'éducation thérapeutique, pourquoi est-ce qu'on viendrait me mettre une IPA dans les pattes, elle va faire mon boulot c'est ça ? » (P4-FG-I5)

Une stratégie de communication doit être menée

Au-delà de se faire connaître, l'arrivée des IPA doit être intégrée au sein d'une véritable stratégie de communication (Furlong and Smith 2005). L'activité de l'IPA va s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge holistique du patient, elle va donc collaborer avec l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de la personne soignée. Il est donc nécessaire de concevoir ce plan de communication en intégrant l'ouverture vers les partenaires extérieurs. (van Soeren and Micevski 2001)

« Il faut que tout le monde puisse savoir ce qu'elles font, chez nous mais aussi à l'extérieur, les médecins correspondants par exemple il faut qu'il les connaisse » (P2-FG-I6)

Les représentants des usagers doivent connaître l'arrivée de ces nouveaux professionnels de manière formelle. Un temps doit être dédié afin de pouvoir créer ce lien de confiance. (Sangster-Gormley et al. 2011)

« Il faut que l'on vienne nous expliquer qui sont ces IPA, ce qu'elles vont faire et ce que ça va changer pour nous. » (Ent-P2)

Il faut intégrer le service communication de l'établissement et diffuser une information claire et précise sur les activités de l'IPA.

« Communiquer ça va permettre d'éteindre certains fantasmes autour de la pratique avancée, certains pensent qu'elle peut faire si, qu'elle peut faire ça, mais en fait ils n'en savent rien du tout ! » (P1-FG-I2)

La stratégie de communication que mènera l'établissement sera essentiel en ce qui concerne la qualité de l'implantation du rôle IPA et représentera un fondement quant à la place qu'elle devra se faire au sein d'une équipe.

Conclusion

L'implantation de la pratique avancée va bouleverser les modalités d'exercice et de prise en charge que nous rencontrons jusqu'ici.

L'intégration de ces nouveaux professionnels au sein des équipes représente un réel enjeu(Aguilard, Colson, and Inthavong 2017), et nécessite un rigoureux travail de conceptualisation du poste en amont. L'utilisation d'un cadre facilitera cette démarche(Micevski et al. 2004).

Le risque de voir la pratique avancée mal utilisée est réel, et les conséquences ne sont pas négligeables. En effet, si l'IPA n'est utilisée qu'en substitution d'un médecin, elle comblera sûrement les besoins de l'établissement, ceux du système de santé mais qu'en sera-t-il de ceux de la population ? La prise en charge holistique que peut apporter l'IPA ne doit pas être laissée de côté afin de seulement dégager du temps médical.

L'implantation de cette nouvelle profession au sein d'un établissement doit être un projet ambitieux au cœur du quel la pratique avancée, sa conceptualisation, le fruit de son histoire, et son ancrage au cœur de la profession infirmière doivent être clairs pour tous.

Les domaines d'interventions sont extensibles, les textes en lien avec l'infirmier en pratique avancée dans le domaine de la santé mentale et psychiatrie sont à l'étude, mais demain la pratique avancée pourra apparaître dans d'autres domaines. Nous pouvons penser à la gériatrie, les urgences ou sur des domaines transversaux comme la prise en charge de la douleur et même à d'autres professions d'auxiliaires médicaux comme le prévoit la loi.

Pour favoriser ce déploiement, à la fois des domaines d'intervention, mais aussi en leur nombre ; les IPA ont la responsabilité d'évaluer leur activité et de produire des données probantes. Cette démarche contribuera à leur légitimité et leur ancrage au sein du paysage de la santé.

C'est dans cet objectif que l'ARS PACA mène ce projet, il s'agit de réaliser une implantation de qualité.

Oui, une fois la barrière de l'inconnu passée l'opportunité que peut représenter l'IPA est reconnue de tous, reste encore à savoir comment cette opportunité sera utilisée, et c'est bien là l'enjeu de notre action.

Bibliographie

- Aguilard, Stephan, Sébastien Colson, and Karen Inthavong
2017 Stratégies d'implantation d'un Infirmier de Pratique Avancée En Milieu Hospitalier: Une Revue de Littérature. *Sante Publique* 29(2): 241–254.
- Ambrosino, Florence, Cécile Barrière, Jane-Laure Danan, et al.
2018 Compétences Attendues de l'infirmière de Pratique Avancée En France: Recommandations d'experts à Partir d'une Étude Delphi Modifiée. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière* 4(1): 5–19.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada
2019 *Les Soins Infirmiers En Pratique Avancée, Un Cadre Pancanadien*.
- Barker, E. R.
2006 Mentoring--a Complex Relationship. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 18(2): 56–61.
- Boyko, Jennifer A., Nancy Carter, and Denise Bryant-Lukosius
2016 Assessing the Spread and Uptake of a Framework for Introducing and Evaluating Advanced Practice Nursing Roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 13(4): 277–284.
- Bryant-Lukosius, D., R. Cosby, D. Bakker, et al.
2015 Effective Use of Advanced Practice Nurses in the Delivery of Adult Cancer Services in Ontario. *Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Guidelines, Evidence-Based Series*(16–4).
- Bryant-Lukosius, Denise, and Alba Dicenso
2004 A Framework for the Introduction and Evaluation of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Advanced Nursing* 48(5): 530–540.
- Bryant-Lukosius, Denise, Alba Dicenso, Gina Browne, and Janet Pinelli
2004 Advanced Practice Nursing Roles: Development, Implementation and Evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 48(5): 519–529.
- Bryant-Lukosius, Denise, Elisabeth Spichiger, Jacqueline Martin, et al.
2016 Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 48(2): 201–209.
- Conseil International des infirmières.
2008 *Domaine de Pratique, Normes et Compétences Pour l'infirmière de Pratique Avancée*.
- Cummings, Greta G., Kim Fraser, and Denise S. Tarlier
2003 Implementing Advanced Nurse Practitioner Roles in Acute Care: An Evaluation of Organizational Change. *The Journal of Nursing Administration* 33(3): 139–145.

- Dallaire, Clémence
2008 Le savoir infirmier: Au coeur de la discipline et de la profession. G. Morin.
- D'Amour, Danielle, Dominique Tremblay, and Michelle Proulx
2009 Déploiement de Nouveaux Rôles Infirmiers Au Québec et Pouvoir Médical. *Recherches Sociographiques* 50(2): 301–320.
- Décret N° 2016-1605 Du 25 Novembre 2016 Portant Code de Déontologie Des Infirmiers
2016 2016-1605.
- Décret N° 2018-125 Du 21 Février 2018 Relatif Au Cadre d'expérimentations Pour l'innovation Dans Le Système de Santé Prévu à l'article L. 162-31-1 Du Code de La Sécurité Sociale
2018 2018-125.
- Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier En Pratique Avancée
2018 2018-629.
- Décret N° 2018-633 Du 18 Juillet 2018 Relatif Au Diplôme d'Etat d'infirmier En Pratique Avancée
2018 2018-633.
- Delmas, Philippe
2019 Pratique Avancée Infirmière : Les Occasions Ratées de La Profession. *Santé Mentale*(234).
- Doetzel, Catherine M., James A. Rankin, and Karen L. Then
2016 Nurse Practitioners in the Emergency Department: Barriers and Facilitators for Role Implementation. *Advanced Emergency Nursing Journal* 38(1): 43–55.
- Donald, Faith, Kelley Kilpatrick, Kim Reid, et al.
2015 Hospital to Community Transitional Care by Nurse Practitioners: A Systematic Review of Cost-Effectiveness. *International Journal of Nursing Studies* 52(1): 436–451.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
2015 Le Triple Objectif de l'IHI : Women's College Hospital.
- Fougère, Bertrand, John E. Morley, Frédérique Decavel, et al.
2016 Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 17(9): 782–788.
- Furlong, Eileen, and Rita Smith
2005 Advanced Nursing Practice: Policy, Education and Role Development. *Journal of Clinical Nursing* 14(9): 1059–1066.

- Gardner, Glenn, Anne Chang, and Christine Duffield
2007 Making Nursing Work: Breaking through the Role Confusion of Advanced Practice Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 57(4): 382–391.
- Hamric, Ann B., Charlene M. Hanson, Mary Fran Tracy, and Eileen T. O’Grady
2013 *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. Elsevier Health Sciences.
- Hurlock-Chorostecki, Christina, and Janice McCallum
2016 Nurse Practitioner Role Value in Hospitals: New Strategies for Hospital Leaders. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)* 29(3): 82–92.
- Irvine, D., S. Sidani, H. Porter, et al.
2000 Organizational Factors Influencing Nurse Practitioners’ Role Implementation in Acute Care Settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 13(3): 28–35.
- Jones, Myfanwy Lloyd
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.
- Keating, Simon F. J., John P. Thompson, and Geraldine A. Lee
2010 Perceived Barriers to the Sustainability and Progression of Nurse Practitioners. *International Emergency Nursing* 18(3): 147–153.
- Kilpatrick, Kelley, Mira Jabbour, and Chantal Fortin
2016 Processes in Healthcare Teams That Include Nurse Practitioners: What Do Patients and Families Perceive to Be Effective? *Journal of Clinical Nursing* 25(5–6): 619–630.
- Kilpatrick, Kelley, Sharon Kaasalainen, Faith Donald, et al.
2014 The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists in Outpatient Roles: A Systematic Review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 20(6): 1106–1123.
- 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
2009 2009-879.
- Lowe, Grainne, Virginia Plummer, and Leanne Boyd
2018 Nurse Practitioner Integration: Qualitative Experiences of the Change Management Process. *Journal of Nursing Management* 26(8): 992–1001.
- Martínez-González, Nahara Anani, Sima Djalali, Ryan Tandjung, et al.
2014 Substitution of Physicians by Nurses in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Health Services Research* 14: 214.
- McNamara, Shannon, Valérie Giguère, Lyne St-Louis, and Johanne Boileau
2009 Development and Implementation of the Specialized Nurse Practitioner Role:

Use of the PEPPA Framework to Achieve Success. *Nursing & Health Sciences* 11(3): 318–325.

Micevski, Vaska, Lori Korkola, Sonia Sarkissian, et al.
2004 University Health Network Framework for Advanced Nursing Practice: Development of a Comprehensive Conceptual Framework Describing the Multidimensional Contributions of Advanced Practice Nurses. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)* 17(3): 52–64.

Ministère des solidarités et de la santé
2018 L'exercice En Pratique Avancée. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_flyer_ssa_2018_a4_pratique_avancee.pdf.

Papon, Sylvain, and Catherine Beaumel
2018 Bilan Démographique 2017. Plus de 67 Millions d'habitants En France Au 1er Janvier 2018.

Pulcini, Joyce, Monika Jelic, Raisa Gul, and Alice Yuen Loke
2010 An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* 42(1): 31–39.

Rapp, Mary Pat
2003 Opportunities for Advance Practice Nurses in the Nursing Facility. *Journal of the American Medical Directors Association* 4(6): 337–343.

Reay, Trish, Karen Golden-Biddle, and Kathy Germann
2003 Challenges and Leadership Strategies for Managers of Nurse Practitioners. *Journal of Nursing Management* 11(6): 396–403.

Rhodes, Catherine A., Jane Fusilero, and Christine M. Williams
2010 Development of the Role of Director of Advanced Practice Nursing. *Nursing Economic\$* 28(1): 58–62.

Sangster-Gormley, Esther, Ruth Martin-Misener, Barbara Downe-Wamboldt, and Alba Dicenso
2011 Factors Affecting Nurse Practitioner Role Implementation in Canadian Practice Settings: An Integrative Review. *Journal of Advanced Nursing* 67(6): 1178–1190.

Santé publique France
2017 L'état de Santé de La Population En France: Rapport 2017.

Schober, Madrean
2015 Identification Des Facteurs Essentiels Favorisant l'intégration Des Rôles Infirmiers En Pratique Avancée: Une Étude Ethnographique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière* 1(2): 71–77.

van Soeren, M. H., and V. Micevski
2001 Success Indicators and Barriers to Acute Nurse Practitioner Role Implementation in Four Ontario Hospitals. *AACN Clinical Issues* 12(3): 424–437.

Steinke, M. K., M. Rogers, D. Lehwaldt, and K. Lamarche
2018 An Examination of Advanced Practice Nurses' Job Satisfaction Internationally. *International Nursing Review* 65(2): 162–172.

Stolee, Paul, Loretta M. Hillier, Jacquelin Esbaugh, Nancy Griffiths, and Michael J. Borrie
2006 Examining the Nurse Practitioner Role in Long-Term Care: Evaluation of a Pilot Project in Canada. *Journal of Gerontological Nursing* 32(10): 28–36.

Thrasher, Christine, and Rebecca J. Purc-Stephenson
2007 Integrating Nurse Practitioners into Canadian Emergency Departments: A Qualitative Study of Barriers and Recommendations. *CJEM* 9(4): 275–281.

Vergier, Noémie, Hélène Chaput, and Ingrid Lefebvre-Hoang
2017 Déserts Médicaux: Comment Les Définir? Comment Les Mesurer?

Yeager, Susan
2010 Detraumatizing Nurse Practitioner Orientation. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses* 17(2): 85–101.