THÈSE DE DOCTORAT

Soutenue à Aix-Marseille Université
le 10 décembre 2021 par

Jocelyn SCHWINGROUBER

Implantation et évaluation de la pratique avancée en France : Comment accompagner les acteurs de santé dans leurs projets d'implantation et d'évaluation de la pratique avancée infirmière ?

Discipline
Biologie Santé

Spécialité
Recherche clinique et Santé Publique

École doctorale
ED 62 – SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE

Laboratoire/Partenaires de recherche
CEReSS - Centre d'études et de recherche sur les services de santé et la qualité de vie

Composition du jury

Rémi GAGNAYRE Université Sorbonne Paris Nord	Rapporteur
Anne-Sylvie RAMELET Université de Lausanne	Rapporteuse
Kelley KILPATRICK McGill University	Examinatrice
Pr Stéphanie GENTILE Aix-Marseille-Université	Directrice de thèse
Sébastien COLSON Aix-Marseille-Université	Co-directeur de thèse

Affidavit

Je soussigné Jocelyn Schwingrouber, déclare par la présente que le travail présenté dans ce manuscrit est mon propre travail, réalisé sous la direction scientifique de Stéphanie Gentile et Sébastien Colson, dans le respect des principes d'honnêteté, d'intégrité et de responsabilité inhérents à la mission de recherche. Les travaux de recherche et la rédaction de ce manuscrit ont été réalisés dans le respect à la fois de la charte nationale de déontologie des métiers de la recherche et de la charte d'Aix-Marseille Université relative à la lutte contre le plagiat.

Ce travail n'a pas été précédemment soumis en France ou à l'étranger dans une version identique ou similaire à un organisme examinateur.

Fait à Marseille, le 7 octobre 2021

Affidavit

I, undersigned, Jocelyn Schwingrouber, hereby declare that the work presented in this manuscript is my own work, carried out under the scientific direction of Stéphanie Gentile and Sébastien Colson, in accordance with the principles of honesty, integrity and responsibility inherent to the research mission. The research work and the writing of this manuscript have been carried out in compliance with both the French national charter for Research Integrity and the Aix-Marseille University charter on the fight against plagiarism.

This work has not been submitted previously either in this country or in another country in the same or in a similar version to any other examination body.

Place Marseille, date 7 octobre 2021

Liste de publications et participation aux conférences

1) Liste des publications réalisées dans le cadre du projet de thèse :

Articles de revues publiés :

Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S., & Colson, S.. Perception des parties prenantes hospitalières vis à vis de l'implantation de la pratique avancée. *Recherche en soins infirmiers*

Colson, S.; Schwingrouber, Jocelyn; Evans, C; Roman, C; Bourriquen, M; Lucas, G; Mellinas, M; Brunet, P; Cermolacce, M; Chinot, O; Mayen, S; Berbis, P;Creation and implementation of advanced practice nursing in France: Experiences from the field. *International Nursing Review.*

Articles en préparation:

Schwingrouber J, Kilpatrick K, Bryant-Lukosius D, Mayen S, Gentile S, Colson S;Evaluation of the quality of the implementation of French APNs: a multi-case study.

2) Participation aux conférences et écoles d'été au cours de la période de thèse

1. Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S., & Colson, S. *Stakeholder's perception on the introduction of the advance practice nursing.* 11e Conférence du Réseau NP/APN du CII 2021, du 29 Août au 1er septembre 2021.
2. Schwingrouber, J. *Perception des parties prenantes hospitalières vis à vis de l'implantation de la pratique avancée.* Colloque « La recherche infirmière d'hier à demain » Avignon, 7 Février 2020.
3. Arnoux, E., Billon, C., Laforgue-Moreau, P., Schwingrouber, J., Turc-Baron, C. Conférence débat : « *La question des pratiques avancées : enjeu stratégique pour les établissements ? »* 44ième congrès national de la FEHAP, Marseille, 27 et 28 Novembre 2019
4. Ambrosino, F., Bonnet, G., Devictor, J., Feuillebois, B., Puisieux, F., Schwingrouber, J. *Table ronde : IPA du concept à la pratique.* 17ième journées nationales d'étude des directeurs de soins, AFDS, Lille du 2 au 4 Octobre 2019.
5. Schwingrouber, J. *Actualité de la pratique avancée en région PACA.* Réunion régionale des directeurs des soins. ARS PACA. Marseille, le 26 septembre 2019
6. Schwingrouber, J. *Présentation et historique de la pratique avancée.* 79ième congrès de la SNMI, Montpellier, du 5 au 7 juin 2019.
7. Schwingrouber, J. *L'infirmier en pratique avancée : présentation d'un nouveau métier.* Groupe RH FEHAP. Les ressources humaines au défi du numérique. Puyricard, le 28 Février 2019
8. Schwingrouber, J. *Présentation de l'infirmier en pratique avancée.* Réunion régionale des directeurs des soins. ARS PACA. Marseille, le 14 décembre 2018

Résumé

Introduction : En France, pour répondre aux enjeux de santé publique, les autorités de santé réorganisent l'offre de soins. Parmi les solutions proposées, la pratique avancée infirmière a été créée, afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité des parcours de santé. Les infirmiers en pratique avancée sont des infirmiers qui ont élargi leur champ de compétence notamment dans le champ médical. La littérature montre qu'implanter la pratique avancée comporte des enjeux, et qu'une modélisation de cette implantation doit reposer sur une méthodologie bien précise et éprouvée par les données scientifiques. Dans le contexte de déploiement de la pratique avancée ces travaux s'interrogent sur la façon dont les acteurs peuvent être accompagnés vis-à-vis de l'implantation et de l'évaluation de la pratique avancée en France.

Objectifs : Les travaux de thèse présentent deux objectifs principaux

1) Explorer la perception des parties prenantes vis-à-vis de la future implantation des IPA en milieu hospitalier, de sorte à proposer des recommandations pour guider les établissements vers une implantation de qualité de la pratique avancée infirmière

2) Evaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée lors de la phase de mise en œuvre en menant une étude de cas multiple auprès d'environnement au sein desquels évoluent des IPA en poste.

Méthode : Chaque objectif a fait l'objet d'un projet de recherche spécifique.

1) Le premier projet utilise une étude qualitative par focus group et entretiens auprès de médecins, infirmiers, encadrants paramédicaux, futurs IPA et patients.

2) Le deuxième projet porte sur une étude de cas multiple pour évaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée, à laquelle a été ajoutée une validation transculturelle des outils utilisés par une méthode Delphi.

Résultats : Les résultats sont présentés sous forme d'articles et de résultats complémentaires

1) La première étude porte sur la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée. Cette étude a fait émerger trois thèmes principaux. L'implantation de la pratique avancée est perçue comme une opportunité, mais présente des risques, et les parties prenantes hospitalières ont la perception de la méthode à utiliser pour implanter la pratique avancée. Cet article a été publié dans la revue Recherche en soins infirmiers.

2) La deuxième étude consistait à valider l'adaptation transculturelle de la grille d'observation « time and motion tool » dédiée aux activités des IPA. Après une double traduction, la grille a été adaptée par 9 experts en utilisant la méthode Delphi.

La validité de la grille a été testée lors d'une étude pilote. Deux périodes d'observation ont été menées par deux observateurs en simultané. Les résultats ont été comparés et l'accord inter-observateur a été évalué en calculant le coefficient kappa de Cohen. La deuxième observation a montré un accord inter-observateur de 0.92 ce qui correspond à un accord presque parfait.

3) La troisième étude consistait à évaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée. L'étude de cas multiple a mis en avant des activités adaptées aux compétences des IPA, une construction du projet en adéquation avec les principes du modèle PEPPA, et une bonne intégration des IPA dans les équipes. Cet article est en préparation avant d'être soumis à la revue Journal of Advanced Nursing

Discussion : Ces travaux ont permis d'apporter des premiers résultats dans le contexte français concernant l'implantation et l'évaluation de la pratique avancée. Des thèmes ont été discutés afin de marquer la spécificité du contexte français vis-à-vis de la pratique avancée, en mettant en avant l'importance de la compréhension du rôle IPA, le leadership ou la planification du rôle IPA. Les travaux de thèse ont été critiqués, en identifiant les points forts, les points faibles et les difficultés rencontrées. Et enfin, les perspectives dans la poursuite des travaux et de la pratique avancée en France ont été présentées et interrogées.

Mots clés : Pratique avancée infirmière, implantation, perception, modèle d'évaluation, étude qualitative, méthode Delphi, étude de cas multiple.

Abstract

Introduction: In France, to meet public health challenges, the health authorities are reorganizing the supply of care. Among the solutions proposed, advanced practice nursing has been created to improve access to care and the quality of health care. Advanced practice nurses are nurses who have broadened their field of competence, particularly in the medical field. The literature shows that implementing advanced practice involves challenges, and that a model of this implementation must be based on a specific methodology that has been proven by scientific data. In the context of the deployment of advanced practice, this work examines the way in which the actors can be supported regarding the implementation and evaluation of advanced practice in France.

Aims: The thesis work has two main objectives

1) To explore stakeholders' perceptions of the future implementation of APNs in hospitals, to propose recommendations to guide institutions towards a quality implementation of advanced practice nursing

2) Evaluate the quality of advanced practice implementation during the implementation phase by conducting a multiple case study of settings with current APNs.

Method: Each objective was the subject of a specific research project.

1) The first project uses a qualitative focus group study and interviews with physicians, nurses, paramedical staff, future APNs and patients.

2) The second project uses a multiple case study to evaluate the quality of the implementation of advanced practice, to which was added a cross-cultural validation of the tools used by a Delphi method.

Results: The results are presented in the form of articles and additional results

1) The first study focused on the perception of hospital stakeholders regarding the implementation of advanced practice. Three main themes emerged from this study. The implementation of advanced practice is perceived as an opportunity, but has risks, and hospital stakeholders' perceptions of the method to be used to implement advanced practice. This article was published in the journal Nursing Research.

2) The second study was to validate the cross-cultural adaptation of the "time and motion tool" observation grid dedicated to APN activities. After a double translation, the grid was adapted by 9 experts using the Delphi method.

The validity of the grid was tested in a pilot study. Two observation periods were conducted by two observers simultaneously. The results were compared, and inter-observer agreement was assessed by calculating Cohen's kappa coefficient. The second observation showed an inter-observer agreement of 0.92 which corresponds to a near perfect agreement.

3) The third study was to evaluate the quality of the implementation of advanced practice. The multiple case study highlighted activities adapted to the skills of the APNs, construction of the project in accordance with the principles of the PEPPA model, and good integration of the APNs into the teams. This article was submitted to the Journal of Advanced Nursing.

Discussion: This work has provided initial results in the French context concerning the implementation and evaluation of advanced practice. Themes were discussed to highlight the specificity of the French context with respect to advanced practice, emphasizing the importance of understanding the APN role, leadership, or planning the APN role. The thesis work was criticized, identifying the strengths, weaknesses and difficulties encountered. Finally, the perspectives for the continuation of the work and of advanced practice in France were presented and discussed.

Key words: Advanced practice nursing, implementation, perception, evaluation model, qualitative study, Delphi method, multiple case study.

Remerciements

Un projet doctoral est une aventure dans laquelle on se lance en ayant conscience que ce parcours sera long et sûrement tumultueux. En effet, ce parcours était semé de quelques embuches mais aussi de grandes satisfactions et de rencontres enrichissantes. Pour pouvoir avancer sur ce parcours j'ai pu compter sur des personnes qui m'ont soutenu, écouté, compris, encouragé, valorisé et tellement appris.

Tout d'abord je remercie le professeur Stéphanie Gentile d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vos conseils à chaque étape clés du parcours m'ont été précieux et m'ont permis de me voir progresser dans l'acquisition des compétences de chercheur. Votre bienveillance et la valorisation de mon travail m'ont permis de conserver la confiance en moi nécessaire pour franchir certaines étapes difficiles.

Cher Sébastien Colson, je te remercie infiniment pour le suivi de l'ensemble de ces travaux durant ces trois années. Tu m'as fait confiance dès le départ en m'encourageant à me lancer dans ce projet. Tu as toujours su me rendre les choses simples. Que ce soit sur le plan administratif, méthodologique, ou sur la valorisation des travaux, rien n'était jamais un problème. Tu as toujours réussi à trouver du temps pour m'accompagner, me guider, me suivre, m'écouter, et me proposer des solutions. Mais tu as su aussi m'offrir des perspectives plus radieuses dans les moments compliqués. Je me suis vu évoluer tout au long de ce parcours doctoral en suivant tes conseils, ta manière de travailler, d'aborder les problématiques. Tu as également su me faire confiance en me mettant le pied à l'étrier de l'enseignement. Si aujourd'hui mon projet professionnel se tourne vers le métier d'enseignant-chercheur c'est notamment grâce à toi et la manière dont tu as encadré ce projet doctoral.

Je remercie l'ARS PACA de m'avoir offert la possibilité de travailler, et d'évoluer au sein de l'agence. Cette expérience, trop courte à mon goût, m'aura énormément appris et offert une vision globale de l'organisation de la santé. Au sein de l'ARS PACA je remercie chaleureusement Alain Loschi, tu m'as toujours fait une confiance aveugle dans l'organisation de mon travail, m'as laissé une autonomie complète pour accomplir mes missions et tu as soutenu l'intérêt de mon poste sans vaciller au moment où nous rencontrions les difficultés qui ont malheureusement menées à la fin de notre collaboration. Je n'oublierai pas ce que nous avons accompli et ce que nous aurions pu accomplir. Dans cette étape j'ai pu compter sur le soutien sans faille d'un allier précieux, Christian Carbonaro. Je te remercie pour l'ensemble de nos échanges, ton expérience m'a été précieuse dans le quotidien mais aussi dans la construction du professionnel que je suis. Je remercie également Guillaume Arzano pour la qualité de notre relation professionnelle. Mon passage de 18 mois au sein de l'ARS PACA restera comme une

expérience incroyable d'avoir le sentiment d'être au centre, là où se prennent des décisions importantes, et d'y être valorisé.

Je remercie les infirmiers hospitalo-universitaires Maryline Bourriquen, Catherine Evans, Marie Mellinas, Sandrine Mayen-Rodriguez, Guillaume Lucas et Christophe Roman. Tout au long de ces trois ans nous avons travaillé ensemble, et j'ai apprécié les échanges particulièrement intéressants que j'ai pu avoir avec chacun d'entre vous. Nous avons toujours pu échanger, discuter, les séances de travail pouvaient parfois être animées mais toujours dans la bienveillance et le respect mutuel. Je vous serai toujours reconnaissant pour le travail de logistique que vous avez effectué au sein de vos établissements pour l'organisation des recueils de données lors de la première étude.

Je remercie l'Hôpital Européen et notamment Fabien Lebris et Jean-Pascal Icard pour leur accompagnement au sein de leur institution lors de mon passage, je retiendrai votre bienveillance à mon égard, et votre disponibilité pour articuler au mieux mes missions avec celles de l'ARS PACA.

Je remercie le laboratoire du CERESS EA3279 pour son accueil et particulièrement Sandrine Loubière pour ton investissement dans la conception méthodologique de certains projets et ton expertise en économie de la santé.

Je remercie particulièrement Kelley Kilpatrick et Denise Bryant-Lukosius. Votre soutien dès le départ, notamment grâce à une première téléconférence m'a permis d'entamer ces travaux sur d'excellents rails. Par la suite vous avez toujours répondu avec une précision incroyable à l'ensemble des questionnements que je rencontrai. Savoir que je pouvais m'appuyer sur vous en cas de doute a été précieux pour moi.

J'ai une pensée particulière pour mes collègues de Master qui m'ont encouragé à poursuivre ce parcours doctoral. Carine, Sylvain, Pierre-Yves, Janka, Claire, Pauline, Anne, Anne Laure, Magali, Sébastien et les autres, lorsque j'évoquais cette possibilité avec vous, vous m'avez toujours encouragé puis soutenu une fois que je m'étais lancé.

Je remercie l'ensemble des IPA qui ont participé à ces travaux de thèse, que ce soit avant que vous soyez diplômés pour la première étude, comme expert ou sur votre lieu de travail, vous avez toujours témoigné d'un enthousiasme incroyable à l'idée de participer à des projets de recherche en lien avec vos nouvelles fonctions. Votre souci de déploiement d'une pratique avancée de qualité au service de la valorisation de la profession infirmière est admirable. Je remercie également l'ensemble des personnes qui ont pu rendre possible ces projets de recherche que ce soit à l'université ou au sein de chaque structure.

Je remercie ma famille et mes amis, il est parfois difficile de comprendre les enjeux d'un travail de thèse pour des non-initiés. Mais le travail de vulgarisation que vous m'avez forcé à faire pour que vous puissiez mesurer l'intérêt de proposer un accompagnement aux acteurs de santé vis-à-vis de l'implantation et de l'évaluation de la pratique avancée, m'a été bénéfique. Vous m'avez toujours témoigné votre soutien et votre admiration qui m'ont porté pendant ces trois années et bien plus encore.

Enfin je remercie celle qui partage ma vie pour sa patience, son soutien, sa compréhension. M'engager dans ce projet m'a beaucoup éloigné de la maison mais je t'ai toujours sentie avec moi, tu as su me conseiller, me guider, me « faire redescendre » quand la pression devenait trop forte. Cette année 2021 restera particulière pour nous, si je suis sur le point de terminer une aventure en terminant ce manuscrit, une nouvelle commence avec la naissance de notre fils. Merci pour ce que tu m'apportes, ce que l'on partage et ce que tu es.

Table des matières

Affidavit ii

Affidavit iii

Liste de publications et participation aux conférences iv

Résumé v

Abstract vii

Remerciements ix

Table des matières xii

Liste des tableaux et figures xv

Liste des abréviations et sigles xvi

Introduction 1

1.Problématique de recherche 2

2. Etat des connaissances 6

2.1. Le contexte de santé publique 6

2.1.1. La maladie chronique 6

2.1.2. Le vieillissement démographique 9

2.1.3. L'accessibilité aux soins 11

2.1.4. La réorganisation de l'offre de soins 14

2.2. La pratique avancée infirmière 21

2.2.1. La pratique avancée dans le monde 21

2.2.2. La pratique avancée infirmière en France 25

2.3. L'implantation et l'évaluation de la pratique avancée infirmière 36

2.3.1. Stratégie d'implantation de la pratique avancée infirmière 36

2.3.2. Le modèle PEPPA 40

2.3.3. L'évaluation de la pratique avancée infirmière 54

2.4. Ancrage disciplinaire et cadre de référence du programme de recherche 60

2.4.1. Ancrage en santé publique. 61

2.4.2. Ancrage en sciences infirmières 63

2.4.3. Cadre philosophique de la recherche : le pragmatisme 68

3. Méthodologie du programme de recherche 72
3.1. Méthodologie de l'Etude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée 73
3.1.1. Objectifs 73
3.1.2. Schéma d'étude 73
3.1.3. Population 73
3.1.4. Collecte des données 74
3.1.5. Analyse des données 75
3.2. Méthodologie de la validation de l'adaptation transculturelle de la grille « Time and motion tool » 76
3.2.1. Objectifs 76
3.2.2. La grille "Time and motion tool to Measure Cardiology Acute Care Nurse Practitioner Activities" 76
3.2.3. La traduction de la grille 77
3.2.4. L'adaptation de la grille et la recherche de consensus. 78
3.2.5. Test de la validation de l'outil « Grille d'observation des activités IPA » 79
3.3. Méthodologie de l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée .. 80
3.3.1. Objectifs 80
3.3.2. Schéma d'étude 81
3.3.3. Population 81
3.3.4. Collecte des données 81
3.3.5. Considérations éthiques 83
3.3.6. Analyse des données 83
3.3.7. Validité et rigueur 84
4. Résultats 85
4.1. Article II : Etude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée 85
4.2. Résultats de la validation de l'adaptation transculturelle de l'outil « Time and motion tool » 104
4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des experts 104

4.2.2. Résultats après le premier tour de Delphi 105
4.2.3. Résultats après le deuxième tour de Delphi 108
4.2.3. Résultats de l'étude pilote 111
4.2.4 Discussion 115
4.2.5 Conclusion 116
4.3. Article III : Evaluation de l'implantation de la pratique avancée en France : une étude de cas multiple 117
5.Discussion des travaux de thèse 145
5.1. Réflexions sur l'apport de la particularité du contexte français. 145
5.1.1. La compréhension du rôle IPA est un facteur universel de l'implantation. 146
5.1.2. Le leadership infirmier est un facteur essentiel de la qualité de l'implantation de la pratique avancée. 147
5.1.3. La planification du rôle IPA est un facteur nécessaire à la qualité de l'implantation de la pratique avancée. 148
5.2. Analyse critique des travaux de thèse 149
5.2.1. Points forts des travaux de thèse 149
5.2.2. Points faibles et difficultés rencontrées 152
5.3. Perspectives 153
Conclusion 158
Notes 180
Annexes 181
ANNEXE 1 : Tableau d'extraction des données de la revue de littérature « Utilisation du modèle PEPPA » 181
ANNEXE 2 : Guide d'entretien et focus group étude exploratoire de la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée 196
ANNEXE 3 : Grille d'observation des activités IPA initiale traduite 200
ANNEXE 4 : Grille d'observation des activités IPA « finale », instructions et définitions des activités 201
ANNEXE 5 : Guide des entretiens semi directifs de l'étude de l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée. 208

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des experts 105
Tableau 2: Résultats du premier tour de Delphi..... 107
Tableau 3: Résultats du deuxième tour de Delphi..... 110
Tableau 4: Tableau récapitulatif des activités de la grille d'observation..... 112

Liste des figures

Figure 1: Effectif des médecins inscrits en 2020 (en valeur absolue) (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020) 13
Figure 2: Classement des départements par décile en termes de densité de médecins généralistes en activité régulière (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020) 14
Figure 3: Les catégories de parcours (Féry-Lemonnier et al., 2014) 15
Figure 4:Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif ASALEE en 2017(Fournier et al., 2018)..... 20
Figure 5: Schéma du modèle PEPPA(Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) traduction libre... 42
Figure 6: Diagramme de flux de la revue de littérature « utilisation du modèle PEPPA depuis 2016 »..... 48
Figure 7:Concepts matriciels clés pour l'évaluation des rôles en pratique avancée (Bryant-Lukosius et al., 2016). 55
Figure 8:Schéma de l'ancrage disciplinaire des travaux de thèse..... 61
Figure 9:Modèle d'Hamric de la pratique avancée infirmière.(Hamric et al., 2018)p42. 66
Figure 10: Schéma d'étude du programme de recherche..... 72
Figure 11:Comparaison de la répartition observées lors de la première période d'observation 111
Figure 12 : Comparaison de la répartition des activités observées lors de la deuxième période d'observation..... 113
Figure 13:Hierarchical diagram of identified themes and sub-themes 128

Liste des abréviations et sigles

ALD : Affection de Longue Durée

AMU : Aix-Marseille Université

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CPI : Cardiopathie Ischémique

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESP : Equipe de Soins Primaires

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

FIR : Fond d'Investissement Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

ICS : Infirmière Clinicienne Spécialisée

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IP : Infirmière Praticienne

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

IPS : Infirmière Praticienne Spécialisée

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IV : Intra Veineuse

MNT : Maladie Non Transmissible

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA: Provence Alpes Côte d'Azur

PEPPA: Participatory Evidence-based Patient centered Process for Advanced practice nursing role implementation

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Introduction

Ce travail de thèse doctorale a pour thème principal la pratique avancée infirmière, son implantation et son évaluation dans le cadre du déploiement récent en France. Elle s'intéresse à la manière dont les acteurs de santé peuvent s'emparer de ces nouvelles fonctions, à la fois en amont de l'implantation puis une fois que ces professionnels ont intégré leurs nouveaux postes.

Les travaux de recherche sont orientés de façon à pouvoir fournir aux acteurs de santé un soutien ou un accompagnement vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée qui peut représenter un réel enjeu à la fois pour les établissements hospitaliers, les structures de soins en ville, les patients et l'ensemble des professionnels qui gravitent autour des projets d'implantation de la pratique avancée.

Cette thèse a la particularité d'être menée en partenariat étroit avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). Ce lien facilite le réinvestissement des travaux de recherche issus de cette thèse dans le champ de la pratique. L'étudiant doctorant étant infirmier, il était attaché à la possibilité de retrouver la finalité de ces travaux dans les services de soins ou dans les organisations managériales. Si la thèse s'inscrit notamment à travers ce partenariat au sein du champ de la santé publique, les travaux s'inscrivent également au cœur des sciences infirmières.

La présentation choisie, et la thèse par articles. La première partie expose la problématique et les objectifs poursuivis par les travaux de thèse. Le deuxième chapitre présente l'état des connaissances sur le sujet ainsi que le cadre de référence en incluant un article publié. Le troisième chapitre détaille la méthodologie utilisée pour chaque projet de recherche. La quatrième partie présente les résultats pour chacun des projets sous la forme d'un article publié, des résultats complémentaires et un article en préparation. Enfin le cinquième et dernier chapitre est consacré à la discussion des travaux de thèse en proposant une analyse critique générale du projet et en présentant les différentes perspectives.

1.Problématique de recherche

En France, pour faire face aux enjeux de santé publique, les autorités ont décidé de mettre en place un nouvel acteur de santé. Les Infirmiers en pratique avancée (IPA), ces nouveaux professionnels aux compétences élargies sont déployés comme une des solutions innovantes afin de participer à la réponse des autorités de santé face aux enjeux de santé publique.

La difficulté d'accessibilité aux soins est une problématique qui s'étend sur l'ensemble du territoire français, largement relayée par les médias à travers le concept de « désertification médicale », elle est souvent réduite à un rapport entre le nombre de médecins généralistes et une population donnée (Vergier et al., 2017). Mais la difficulté d'accessibilité aux soins est un concept plus complexe qui prend en compte une multitude d'indicateurs (Vergier et al., 2017). Il ne peut être dissocié du vieillissement de la population, de l'accroissement du nombre de maladies chroniques ou de la prise du virage ambulatoire. Ces notions sont essentielles à prendre en compte aujourd'hui pour comprendre les phénomènes sanitaires de notre société.

La population vieillit, comme le décrit l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) dans son dernier bilan démographique(Papon & Beaumel, 2018).

Ce vieillissement de la population a plusieurs répercussions. Le développement du nombre de maladies chroniques en est une. Le vieillissement de la population est bien un des facteurs de cette « épidémie » selon les auteurs du livre « Les Maladies chroniques: Vers la troisième médecine » (Grimaldi et al., 2017), mais il n'est pas le seul. Les facteurs environnementaux ou l'évolution de nos modes de vie augmentent également la prévalence des maladies chroniques (Avignon et al., 2015). Pour comprendre les enjeux de notre système de santé, il est important également de relever une transformation importante dans l'organisation de l'offre de soins : le virage ambulatoire. Déjà largement amorcé en chirurgie, il reste minoritaire dans les spécialités médicales (Fontaine, 2017). Mais il fait partie des orientations prévues dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Président de la République française, 2016). Cette transformation doit s'accompagner d'un changement de paradigme, l'hôpital ne sera plus au centre des prises en charges. Le déplacement des activités de l'hôpital à la ville est accompagné d'une volonté politique de « territorialisation » dont les Agences Régionales de Santé (ARS) en sont le vecteur et le soutien principal, en mettant en évidence la notion de parcours (Féry-Lemonnier et al., 2014)

A travers cette tendance à replacer le patient au centre de son parcours, s'est développé de nouvelles formes d'exercices des professionnels de santé. Médecins et infirmiers innovent pour inventer de nouvelles façons de travailler ensemble (Pulcini et al., 2010).

Mais pour faire face aux enjeux de santé publique, les autorités de santé ont proposé une solution innovante d'interprofessionnalité qui représente l'avènement de la coopération entre professionnels : les infirmiers en pratique avancée (IPA).

Ces infirmiers qui, selon la définition du conseil international des infirmières, ont « *acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de [leur] profession* » (Conseil International des infirmières., 2008) exercent à un niveau de compétences élevé dans près de 60 pays à travers le monde. Leur formation et leur expérience leur permettent d'utiliser les compétences de consultation, guidance, leadership clinique, recherche en soins, collaboration, prise de décision éthique, au service d'une pratique clinique directe (Hamric et al., 2018; Staples et al., 2017).

Que ce soit en soins primaires, ou en établissement de santé, face aux enjeux de santé publique que notre système connaît, les IPA ont fait l'objet de nombreuses recherches à l'international qui permettent de mettre en avant les bénéfices de leur utilisation (Kleinpell, 2013).

La littérature montre que le déploiement des IPA permet d'améliorer la qualité des soins reçus par les patients chroniques en soins primaires (Poghosyan et al., 2018). Mais aussi, l'amélioration de l'accessibilité aux soins (Hurlock-Chorostecki & McCallum, 2016), l'amélioration de l'état de santé des patients suivis (Bryant-Lukosius et al., 2015), l'amélioration de la qualité des parcours patients, l'amélioration des coûts liés à la santé (Kilpatrick, Kaasalainen, et al., 2014) (Donald et al., 2014) ou l'amélioration de la satisfaction professionnelle (Steinke et al., 2018).

En France, après son apparition dans la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé (Président de la République française, 2016), les décrets et arrêtés encadrant l'exercice et la formation de l'IPA sont apparus en juillet 2018 (Premier ministre du gouvernement français, 2018c, 2018b), complétés par les textes du 12 Août 2019 (Direction Générale de l'Offre de Soins, 2019; Premier ministre du gouvernement français, 2019b, 2019a)

Selon le ministère des solidarités et de la santé, « *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 du déploiement des IPA est donc d'améliorer la qualité des soins tout en améliorant l'accessibilité aux soins.

L'IPA exerce en établissement de santé, ou en ambulatoire au sein d'une structure d'exercice coordonné en soins primaires, soit en assistance d'un médecin spécialiste.

Les IPA sont réparties au sein de plusieurs domaines d'intervention, les pathologies chroniques stabilisées ,prévention et polypathologies courantes en soins primaires dont la liste des pathologies est fixée par arrêté (Direction Générale de l'Offre de Soins, 2018b) ; l'oncologie et hémato-oncologie , la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale et la psychiatrie et santé mentale.

Les IPA en France font du suivi orienté par un médecin et avec le consentement du patient. Malgré l'autonomie qu'ils acquièrent comme le droit de prescription et de renouvellement ou d'adaptation des traitements, les IPA n'exercent ni en première ligne, ni de manière isolée et le décret du 18 juillet précise qu'il est obligatoire qu'un protocole d'organisation soit rédigé (Premier ministre du gouvernement français, 2018b). Ce protocole doit notamment prendre en compte le domaine d'activité, la fréquence de réunions de concertations ou les modalités de retour vers le médecin.

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).

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 ce défi, 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. Il s'agit du modèle, du cadre PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing role development) (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Les objectifs de ce cadre sont multiples, il s'agit d'anticiper la construction du projet d'implantation en créant un environnement propice au développement de la pratique avancée et d'autre part de s'assurer que le rôle mis en place utilise de manière optimale les compétences de l'IPA et enfin de s'assurer de la pérennité de la fonction IPA à travers l'évaluation. L'utilisation du cadre PEPPA permet aux gestionnaires de projets d'implantation de la pratique avancée d'accompagner la transformation de l'offre de soins et la création d'un nouveau modèle de soins au sein duquel un IPA est intégré. Cette transformation est à prendre en compte à la fois pour les équipes de soins, et à la fois pour les patients à qui un suivi par un(e) IPA va être proposé (Lowe et al., 2018).

Il est alors nécessaire de s'interroger sur la place de ce nouvel acteur de santé, et sur la manière dont il va évoluer au sein de notre système de santé.

En utilisant le modèle PEPPA comme cadre théorique, les travaux de thèse se déclinent en deux objectifs, chacun utilisant une méthodologie appropriée pour répondre à la question :

Comment accompagner les acteurs de santé dans l'implantation et l'évaluation de la pratique avancée infirmière ?

1) Explorer la perception des parties prenantes vis-à-vis de la future implantation des IPA en milieu hospitalier grâce à une étude qualitative par focus group et entretiens auprès de médecins, infirmiers, encadrants paramédicaux, futurs IPA et patients.
   Proposer des recommandations pour guider les établissements vers une implantation de qualité de la pratique avancée infirmière

2) Evaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée lors de la phase de mise en œuvre en menant une étude de cas multiple auprès d'environnement au sein desquels évoluent des IPA en poste.
   Traduire, adapter et tester la Validation l'adaptation transculturelle d'un outil d'évaluation de l'utilisation des compétences de l'IPA

2. Etat des connaissances

Le second chapitre de la thèse présente l'état des connaissances. Une première section traitera du contexte de santé publique. Le concept de pratique avancée infirmière sera présenté dans une seconde section. L'état des connaissances concernant les principes de l'implantation et de l'évaluation de la pratique avancée seront présentés dans une troisième section. Enfin, l'ancrage disciplinaire sera explicité dans une quatrième section.

2.1. Le contexte de santé publique

En France, le système de santé est confronté à des enjeux liés à l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques, au vieillissement de la population, à l'accessibilité aux soins et à la réorganisation de l'offre de soins.

2.1.1. La maladie chronique

2.1.1.1. Etat des lieux de la maladie chronique dans le monde

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les maladies chroniques sont définies comme « *les maladies non transmissibles (non communicablse diseases) représentant des affections de longue durée, généralement d'évolution lente, résultant d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux* » (Singh & OMS, 2008)

Au total, 56 millions de décès sont survenus dans le monde en 2012. De ce nombre, 38 millions étaient dus aux maladies non transmissibles (MNT), principalement les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Près des trois quarts de ces décès (28 millions) sont survenus dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Le nombre de décès dus aux maladies non transmissibles a augmenté dans le monde entier et dans toutes les régions depuis 2000, année où il y a eu 31 millions de décès dus aux MNT (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Le nombre annuel total de décès dus aux maladies non transmissibles devrait atteindre 52 millions en 2030 (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Les principales causes de décès dus aux MNT en 2012 étaient : les maladies cardiovasculaires (17,5 millions de décès, soit 46,2 % des décès dus aux MNT), les cancers (8,2

millions, soit 21,7 % des décès dus aux MNT), les maladies respiratoires, dont l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (4,0 millions, soit 10,7 % des décès dus aux MNT) et le diabète (1,5 million, soit 4% des décès liés aux MNT) (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Ainsi, ces quatre grandes MNT étaient responsables de 82% des décès dus aux MNT (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Les facteurs de risques des maladies non transmissibles au niveau mondial sont classés en deux catégories : les facteurs comportementaux (modifiables) et les facteurs métaboliques.

Les principaux facteurs comportementaux sont les suivants :

Le tabac (7.2 millions de décès par an comprenant le tabagisme passif), la consommation excessive de sel (4.1 millions de décès par an), la consommation d'alcool (1.7 millions de décès par an) et l'activité physique insuffisante (1.6 millions de décès par an).

Les facteurs métaboliques sont associés à l'hypertension artérielle (19% des décès dans le monde), au surpoids et l'obésité, à l'hyperglycémie et à l'hyperlipidémie.

2.1.1.2. Etat des lieux de la maladie chronique en France

En France, les maladies chroniques sont définies par le ministère des solidarités et de la santé en 2009 comme la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer (Ministère des solidarités et de la santé, 2009). Une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle est retenue. La maladie chronique a un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants (Ministère des solidarités et de la santé, 2009). La limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, la dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle et la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

La conception française des maladies chroniques est plus large que celle proposée par l'OMS, puisqu'elle ne s'arrête pas à la limite des maladies non transmissibles. Elle intègre également les maladies rares, les maladies transmissibles persistantes, les troubles mentaux de longue durée, les douleurs chroniques ou les conséquences d'actes chirurgicaux (comme la stomie par exemple) (Fourcade et al., 2017).

La maladie chronique est source d'apparition de nouveaux problèmes de santé (Bousquet et al., 2011). D'autant plus que les maladies chroniques s'inscrivent dans le temps : c'est en

opposition à la maladie aigüe qu'apparait la conception de la chronicité. Les patients sont donc atteints d'une maladie dont l'évolution est peu prévisible, avec des signes insidieux et non guérissables. Cette notion de chronicité oblige les patients à faire évoluer leur mode de vie, parfois même au détriment de leur propre qualité de vie.

En France 15 millions de personnes sont atteintes d'une maladie chronique (Fourcade et al., 2017), soit 20% de la population.

Sur les 567 000 décès observés en France métropolitaine en 2013, les cancers et les maladies cardio-vasculaires constituent les causes les plus fréquentes (respectivement 27,6 et 25,1 %), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (autres que les cancers), qui représentent un décès sur quinze. La répartition de la mortalité liée à ces groupes de pathologies évolue peu d'une année sur l'autre mais de manière relativement régulière. Les cancers sont progressivement devenus la première cause de mortalité depuis 2004, devant les maladies cardio-vasculaires, pour l'ensemble de la population. Les maladies cardio-vasculaires restent cependant la première cause de mortalité chez les femmes, devant les cancers, à l'inverse des hommes.

Les estimations montrent une augmentation de 15 % du nombre de personnes décédées d'un cancer en France métropolitaine entre 1980 et 2012. Cette hausse est principalement due aux évolutions démographiques.

Parmi les patients de moins de 65 ans, la diminution de l'incidence standardisée des patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques (CPI) est plus faible chez les femmes que chez les hommes (- 4,8 % versus - 15,6 %) et la mortalité des femmes de moins de 65 ans par CPI a diminué moins vite que celle des hommes (-26 % chez elles contre - 42 % chez les hommes de cette tranche d'âge entre 2002 et 2014). Les taux standardisés sur l'âge de patients hospitalisés et de mortalité par CPI augmentent avec le niveau de désavantage social et de façon plus marquée parmi les personnes âgées de moins de 65 ans.

L'incidence des patients hospitalisés pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (essentiellement de type ischémique) est en forte augmentation (+ 20 % environ chez les hommes comme chez les femmes âgées de moins de 65 ans entre 2002 et 2014), alors qu'elle tend à se stabiliser chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

On observe une très forte augmentation de l'incidence des hospitalisations pour exacerbation de la Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) à tout âge, particulièrement importante chez les femmes de moins de 65 ans (+ 134 % entre 2002 et 2014). La mortalité pour BPCO a presque doublé (+ 93 %) pour les femmes de moins de 65 ans alors qu'elle est

restée à peu près stable pour les hommes adultes de tous âges ainsi que chez les femmes de 65 ans et plus).

En France, jusqu'à la crise sanitaire de la Covid-19, la réduction très notable de la mortalité toute cause observée depuis plusieurs décennies se poursuivait. Cette réduction de la mortalité concerne la plupart des maladies chroniques : entre 1980 et 2012, la mortalité tous cancers (première cause de mortalité) a baissé de 1,5 % en moyenne par an chez les hommes et de 1,0 % chez les femmes. La mortalité tous cancers, plus élevée chez les hommes que chez les femmes, s'établit à ce jour à 124 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et à 72,9 chez les femmes. Témoignant d'une amélioration de la prise en charge et des traitements, la survie à la plupart des cancers a également nettement progressé chez les adultes comme chez les enfants.

Cependant, l'incidence des maladies chroniques ne régresse pas. Une très grande part de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est due au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie. D'autres facteurs sont aussi à l'œuvre, certains positifs comme l'amélioration des techniques de diagnostic et d'autres négatifs comme l'augmentation ou la persistance de certains facteurs de risque. Quelles qu'en soient les causes, ces accroissements de prévalence pèsent et pèseront de plus en plus sur le système de soins.

2.1.2. Le vieillissement démographique

2.1.2.1. Etat des lieux et projections du vieillissement démographique

Le vieillissement démographique se définit comme *« l'augmentation, au fil du temps, de la proportion de personnes âgées* » (Parant, 2005). Il est la conséquence de la maitrise de la fécondité et l'allongement de la durée de vie (Parant, 2005).

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial qui touche tant les pays développés que les pays émergeants (Observatoire des territoires, 2017). D'après les projections de population couvrant la période 2018-2100 établies par Eurostat en juin 2019, la population de l'UE connaîtrait un important vieillissement (Eurostat, 2020). La part de la population de l'UE âgée de 80 ans doublerait au moins entre 2018 et 2070 pour atteindre 12,6 % en 2070 ; la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus augmenterait de 9,5 points, pour atteindre 29,2 % (Eurostat, 2020).

Au 1er janvier 2021, environ un cinquième de la population (20,7 %) en France avait 65 ans ou plus (Insee, 2020a). Ce qui représente une légère augmentation en comparaison à au

1er janvier 2020 où les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 20,5 % de la population (Insee, 2020b). Leur part avait progressé de 4,7 points en vingt ans. Entre 2000 et 2020, la hausse est de 2,4 points pour les habitants âgés de 75 ans ou plus, qui représentent près d'un habitant sur dix au 1er janvier 2020 (Insee, 2020b).

Le scénario central des projections de population publiées par l'Insee en 2016 prévoit une population française comptant 76,4 millions d'habitants au 1er janvier 2070 (Insee, 2017). La proportion des personnes de 65 ans ou plus progresserait fortement jusqu'en 2040 où plus d'un quart des habitants aurait 65 ans ou plus. Cette forte augmentation est le résultat principalement de l'amélioration de l'espérance de vie, ainsi que de l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations issues du baby-boom, en 2070, leur part pourrait atteindre 28,7 % (Insee, 2017).

Cette tendance se vérifie également en Europe. Au 1er janvier 2018, la part des 65 ans ou plus représente 19,7 % de la population de l'Union européenne (UE), contre 16,2 % en 2003 (Insee, 2020b).

2.1.2.2. Les conséquences et enjeux du vieillissement démographique.

Les effets du vieillissement démographique auront un impact sur le système de protection sociale et les rapports entre les générations. Une étude réalisée à la demande de la commission européenne établit la nécessité d'intervenir sur le système de retraite (Calot et al., 1997). L'équilibre financier des systèmes de retraite en France en 2050 nécessiterait d'intervenir sur le taux de cotisation, la diminution des pensions, augmenter l'âge de départ à la retraite, ou d'accroitre l'effectif de la population active par la progression des taux d'activité féminins ou par l'immigration (Calot et al., 1997). Cette étude alerte aussi sur la nécessité d'accroitre les cotisations sociales pour faire face à l'augmentation de la demande des besoins de santé liés au vieillissement de la population (Calot et al., 1997).

Au niveau sanitaire, le vieillissement est corrélé avec l'augmentation des maladies chroniques et de la dépendance. La part de patients atteint de maladie intégrée dans la liste des Affections Longues Durées (ALD) augmente. En projection, si la population vieillit, cela va se traduire par la nécessité d'adapter le nombre de places de structure pouvant accueillir cette population (Observatoire des territoires, 2017). Le taux de couverture, rapport du nombre de places disponibles dans un établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à la population de 75 ans est un indicateur à surveiller en fonction des territoires (Observatoire des territoires, 2017). Au-delà des structures, l'isolement est un enjeu majeur du vieillissement (Observatoire des territoires, 2017). Un grand nombre de personnes souhaitent

vieillir à domicile or les structures en place aujourd'hui ne permettent pas toujours l'accès aux différents services notamment lorsque la personne ne peut plus utiliser de véhicule (Observatoire des territoires, 2017). Cette augmentation de la demande de soins est inévitable, et nécessite de repenser le maintien à domicile, l'accueil des personnes âgées et l'organisation de l'offre de soins.

2.1.3. L'accessibilité aux soins

2.1.3.1. Définitions et concepts de l'accessibilité aux soins.

2.1.3.1.1. Définitions et indicateurs de l'accessibilité aux soins.

L'accès aux soins se définit comme la possibilité pour un individu de recourir aux soins dont il a besoin (Nguyen-Khac, 2017). Les indicateurs pris en compte généralement pour mesurer l'accessibilité aux soins d'un territoire relève de la distance, et de la disponibilité du professionnel de santé vis-à-vis d'un individu nécessitant des soins (Nguyen-Khac, 2017), soit la prise en compte de l'éloignement des individus dans un contexte d'offre et de demande de soins spécifiques. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), prend en compte la mesure multifactorielle de l'accessibilité aux soins (Insee, 2012). Cet indicateur mesure à l'échelle d'une commune l'accessibilité aux soins, l'offre et la demande des communes environnantes, le niveau d'activité des professionnels en exercice et la structure par âge de la population de la commune. Ainsi chaque commune se voit doter d'un score APL correspondant à un nombre de consultations disponibles par habitant par an (Insee, 2012). Dans son rapport de 2017 « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », la DREES établit la possibilité d'élargir le score APL à l'ensemble des structures de santé telles que les pharmacies ou les services d'urgence (Vergier et al., 2017).

2.1.3.1.2. Identification des obstacles pour définir l'accès aux soins.

Le concept d'accessibilité aux soins est indissociable de sa portée normative (Nguyen-Khac, 2017). C'est-à-dire que l'on qualifie toujours l'accessibilité comme bonne ou mauvaise et ce par rapport à des normes difficiles à objectiver (Nguyen-Khac, 2017). Penchansky et Thomas proposent alors de mettre en adéquation cinq obstacles potentiels à la difficulté d'accès aux soins avec la perception des usagers (Penchansky & Thomas, 1981). La disponibilité, la distance, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité (barrières socioculturelles) ne pourront être perçues comme des difficultés que si elles sont ressenties comme telles par la population (Penchansky & Thomas, 1981). La dimension multifactorielle et complexe de l'accessibilité aux soins fait que sa qualification ne peut être que comparative (Vergier et al.,

2017). Cela ramène à la notion d'égalité entre les territoires, mais l'accessibilité ne peut être que meilleure ou moins bonne sur un territoire vis-à-vis d'un autre en fonction d'indicateurs prédéfinis (Vergier et al., 2017). La répartition territoriale des professionnels de santé fait partie intégrante de la qualification de l'accès aux soins. Si un professionnel est présent sur le territoire ou non cela influence la qualité de l'accès aux soins (Vergier et al., 2017). Par ailleurs la distance et le temps de trajets ne sont que peu mentionnés par les patients comme obstacle contrairement au délai de rendez-vous ou au temps d'attente (Nguyen-Khac, 2017).

2.1.3.1.3. Les « déserts médicaux ».

Le terme de « déserts médicaux » est un élément de langage issu du monde médiatique et difficile à définir en tant que tel (Vergier et al., 2017). Il convient dans un premier temps de relever l'aspect binaire de ce terme. Il y aurait d'un côté des territoires dépourvus de professionnels de santé et de l'autre des territoires favorisés, sans graduation sans nuance tant sur l'aspect quantitatif que qualitatif (Vergier et al., 2017). Où et comment se calcule le seuil qui fait basculer un territoire dans un désert médical ?

La notion de désert médical nécessite également la clarification de la prise en compte des indicateurs, fait-on référence aux seuls médecins généralistes ? Aux spécialistes ? A l'hôpital ? Un territoire peut-être dépourvu de généraliste mais bien doté en services d'urgences. Or la distinction n'est pas clairement posée (Vergier et al., 2017). La complexité des maillages territoriaux en termes de professionnels de santé nécessite une réflexion plus complexe que la standardisation d'une situation globale d'offre de soins (Vergier et al., 2017).

2.1.3.2. Démographie médicale en France

Au 1er janvier 2020, la France comptait 307130 médecins inscrits au tableau de l'ordre national, soit 1.75% de plus qu'en 2019 et environ 15% de plus qu'en 2010 (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). Cependant la part des médecins exerçant une activité régulière a baissé de 2.2 points entre 2019 et 2020, et de 12 points entre 2010 et 2020 (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). Les médecins sont répartis de façon hétérogène sur le territoire national. Les régions les plus densément peuplées ont une part d'inscrits (par rapport au national) majoritaire par rapport aux autres régions.Ainsi, l'Ile-de-France détient 20.9% du volume des inscrits, la région Auvergne-Rhône-Alpes 10% et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur 9.2% (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020).

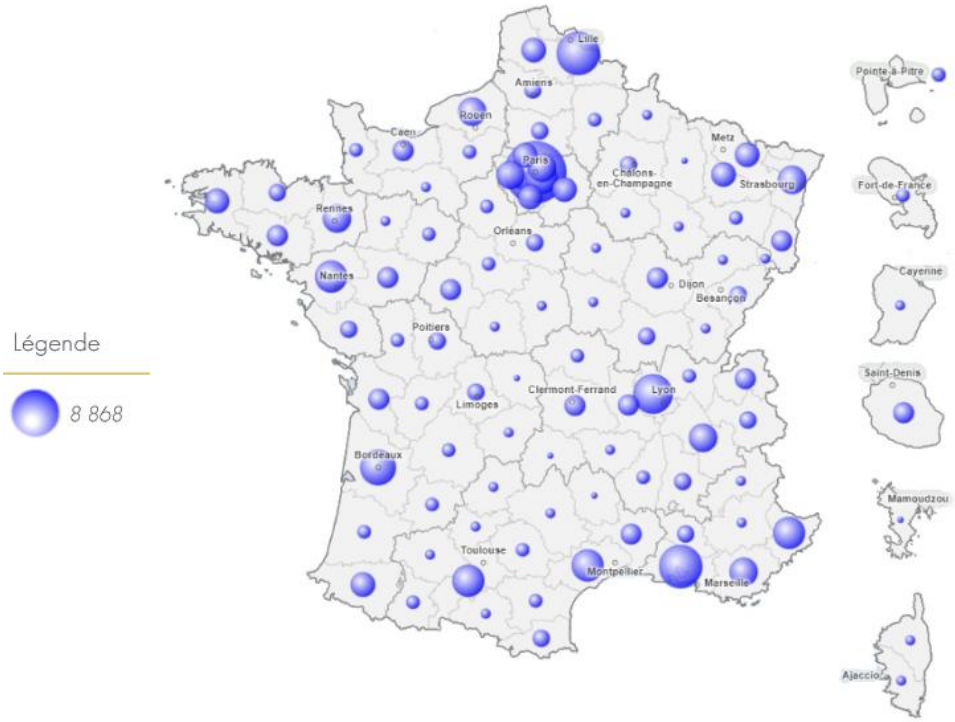

Figure 1: Effectif des médecins inscrits en 2020 (en valeur absolue) (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020)

L'âge moyen des médecins inscrits est de 56,2 ans et la médiane est de 57,3 ans. Les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 47.3% de l'ensemble des inscrits. Les moins de 40 ans représentent 19.1% de ces effectifs (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). En 2010, les proportions étaient respectivement de 30.7% et 13.8% (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020).

86 102 médecins généralistes en activité régulière sont recensés soit une baisse de 1% depuis 2019 et de 9% depuis 2010 (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). Les médecins généralistes en activité régulière sont inégalement répartis sur le territoire. La variation des effectifs des médecins généralistes suit une logique d'attractivité identique à celle des médecins en activité régulière (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). En effet, les départements ruraux perdent des médecins généralistes tandis que ceux situés sur le littoral sont plus attractifs (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). 51 départements se situent au-dessus de la médiane de la densité du nombre de médecins généralistes pour 100000 habitants qui se situe à 126 (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). La comparaison entre les départements par décile de médecins généralistes en activité régulière permet d'identifier que certains départements franciliens sont dans la même situation que des départements dits ruraux tels que l'Yonne ou le Cher (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020).

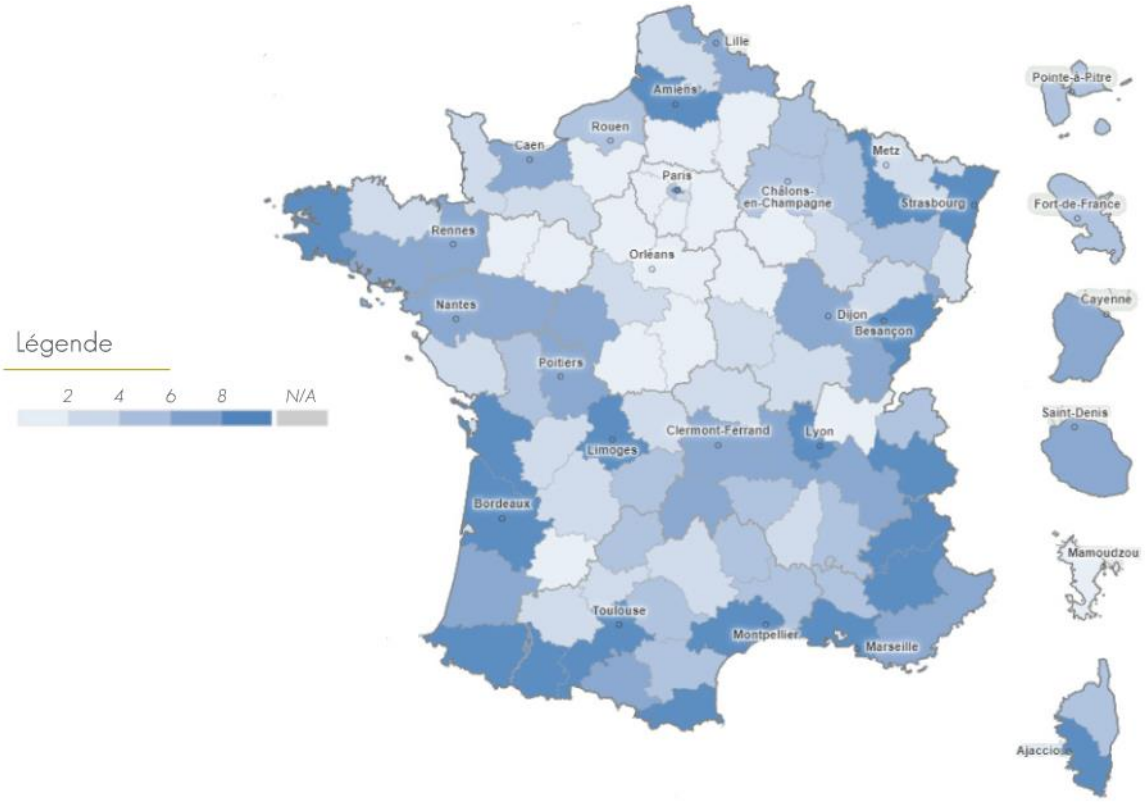

Figure 2: Classement des départements par décile en termes de densité de médecins généralistes en activité régulière (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020)

La pyramide des âges des généralistes en activité régulière confirme un vieillissement de leur population, 26% de ces médecins an activité régulière sont âgés de 60 ans ou plus (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020). Et entre 2010 et 2020, la part des femmes médecins généralistes en activité régulière passe de 39.2 % (2010) à 50.4% % (2020) soit une augmentation de 11 points en 10 ans et 1 point en un an (49.4% en 2019) (Conseil national de l'ordre des médecins, 2020).

L'accessibilité aux soins est donc un concept bien plus complexe que le simple rapport entre un nombre de médecins disponibles sur un territoire donné. Cependant la diversité de la répartition médicale est une réalité et participe au renforcement de cette difficulté d'accès.

2.1.4. La réorganisation de l'offre de soins

Pour faire face à l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques, au vieillissement de la population et aux problématiques d'accès aux soins les autorités de santé réorganisent l'offre de soins.

2.1.4.1. La logique de parcours

Les autorités de santé structurent l'offre de soins à travers la notion de parcours. Les parcours sont des successions d'étapes qui impliquent différents acteurs et qui nécessite une organisation

dédiée (Bouquet & Dubéchot, 2017). Le ministère de la santé et des solidarités évoque les parcours de la manière suivante : « *Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux.* » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Le parcours est un outil permettant la mise en liens des différents acteurs autour du patient tels que la prévention, les soins, et le suivi médico-social.

Les parcours représentent donc la manière dont les acteurs de santé vont se mettre en lien dans une démarche de prise en charge globale. Cependant il existe une graduation de cette notion en fonction du nombre d'acteurs et de l'élargissement du champ d'action.

Les parcours de soins intègrent les soins hospitaliers et ambulatoires. Ils répondent aux besoins de soins, (soins de premiers recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation) (Féry-Lemonnier et al., 2014)

Les parcours de santé répondent aux besoins de prévention, médico-sociaux et sociaux. Ce sont donc les parcours de soins auxquels s'ajoutent les actions de prévention, l'accompagnement médico- social et social, et la gestion du retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d'hébergement temporaire et de répit) (Féry-Lemonnier et al., 2014)

Les parcours de vie répondent aux besoins de la personne dans son environnement. Ils prennent en compte les facteurs éducatifs, environnementaux, de réinsertion professionnelle, un éventuel contexte juridique, et l'entourage familial. (Féry-Lemonnier et al., 2014)

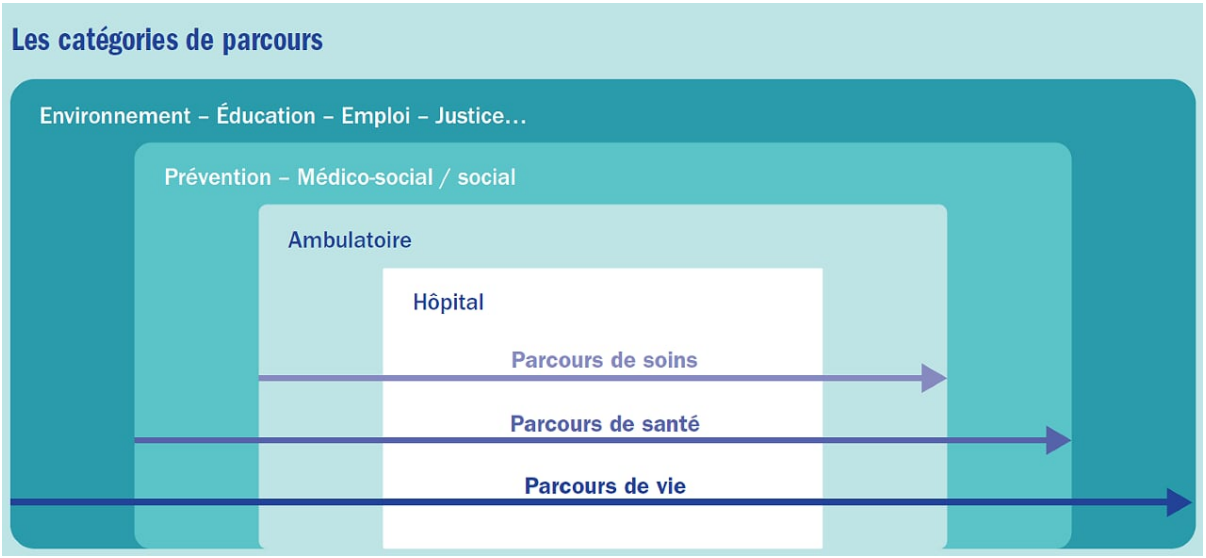

Figure 3: Les catégories de parcours (Féry-Lemonnier et al., 2014)

2.1.4.2. La relation ville-hôpital au cœur de la notion de parcours

Les parcours sont censés placer les patients au centre de la prise en charge. Ils induisent le fait que ce ne soit plus au patient de s'adapter au système, mais l'inverse. Notre système de santé, organisé autour de l'hôpital, est efficace pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie. Mais lorsqu'il s'agit de soigner dans la durée il devient trop complexe, trop cloisonné. Surgit alors la nécessité d'investir sur les « soins primaires » ; permettant ainsi d'accompagner le « virage ambulatoire » prévu dans la loi de modernisation de notre système de santé (Président de la République française, 2016). Le « virage ambulatoire » implique la nécessité d'un passage de témoin entre un système centré sur l'hôpital et les acteurs de la santé primaire. Les médecins traitants et les équipes d'auxiliaires deviennent alors les pivots, et les coordinateurs des parcours entre la ville et les établissements de santé, l'hôpital pouvant alors se recentrer sur son activité principale : le soin.

Cette restructuration de l'offre de soins entraine des changements. Au niveau des établissements de santé, cela implique des durées moyennes de séjours raccourcies. Dans l'article « Vers une médecine de parcours en diabétologie : quels sont les enjeux ? » (Fontaine, 2017), l'auteur nous propose des solutions pour « *passer d'une médecine de séjour à une médecine de parcours* ».

L'auteur nous indique que sur la base de l'exemple de la chirurgie ambulatoire, l'obstétrique, la cancérologie, ou la gériatrie il est possible d'implanter des parcours par les équipes de soins primaires. Dans tous les cas, l'implantation des parcours ne peut se faire que grâce à l'implication des structures primaires. Les structures en ville ont alors la nécessité de s'organiser pour assurer avec qualité et sécurité la prise en charge des patients dont la durée d'hospitalisation sera réduite, l'hôpital n'étant plus le centre mais une étape de la prise en charge des patients (Fontaine, 2017).

En 2012 la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un rapport qui encourage la standardisation des parcours de santé pour le suivi des pathologies chroniques (HAS, 2012). Depuis des parcours, faisant références ont été publiés pour accompagner les soignants notamment en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque (HAS, 2014b), la BPCO (HAS, 2014a), ou l'AVC (HAS, 2017).

2.1.4.3. Nouvelles structures en soins primaires.

Cette restructuration a été encadrée par la loi de modernisation de notre système de santé, et le déploiement de ces nouvelles organisations par la loi « ma santé 2022 »(Président de la

République française, 2019). Ainsi nous assistons à la multiplication de nouvelles structures, à la reconnaissance de l'utilisation de nouvelles technologies, et de nouveaux métiers.

La loi de modernisation de notre système de santé (Président de la République française, 2016) en créant les équipes de soins primaires (ESP) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) a structuré les soins primaires en soutenant les initiatives des professionnels libéraux. Les soins primaires constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé (Gay, 2013), et les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de soins (Gay, 2013). Mais si le médecin généraliste en est le pivot, les soins primaires doivent se structurer en équipes pluri professionnelles. Les médecins généralistes et les équipes d'auxiliaires articulent, et coordonnent les parcours entre la ville et les établissements de santé.

L'exercice coordonné associant médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et autres acteurs de santé est facilité par le développement de structures comme les maisons de santé pluri professionnelles. Ces structures permettent une coopération en interne entre les professionnels de la structure ainsi qu'avec les établissements extérieurs. La maison de santé devient alors identifiable comme une entité, facilitant la coordination et la relation ville/hôpital. Comme le souligne le Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance Maladie (HCAAM) dans son avis sur la coopération entre professionnels de santé (HCAAM, 2014), une coopération ne peut déboucher sur une approche de parcours seulement si elle se met en œuvre, non pas autour d'un ou de plusieurs patients mais dans le cadre d'équipes constituées en groupes stables, ayant défini en leur sein des processus soignants coordonnés et permanents.

2.1.4.4. La technologie au sein de l'offre de soins

Cette restructuration de l'offre de soins qui place le patient au centre de sa prise en charge, dans une structure coordonnée par des acteurs de santé qui coopèrent, nécessite d'innover. Pour cela il faudrait utiliser des outils issus des nouvelles technologies (la télésurveillance ou la télémédecine notamment), de nouveaux modes de financement (Fontaine, 2017) et créer des nouveaux métiers.

Concernant le développement des nouvelles technologies, la loi résumée par le titre « Ma santé 2022 » encourage le déploiement de la télémédecine et l'utilisation d'innovation technologique afin de fluidifier les parcours des patients (Président de la République française, 2019). Un remboursement est mis en place pour la consultation de télémédecine depuis le mois de septembre 2018 dans le respect du parcours de soins coordonnés (Premier ministre du gouvernement français, 2018d). Depuis le 10 février 2019, la télé expertise permet à un médecin

de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée et d'assurer ainsi une prise en charge plus rapide des patients. Mis en avant par la crise du Covid-19, un décret et un arrêté encadre l'exercice des auxiliaires médicaux et des pharmaciens dans la réalisation des actes à distance dans le cadre du télé soin (Direction Générale de l'Offre de Soins, 2021; Premier ministre du gouvernement français, 2021) .

La loi « Ma santé 2022 » (Président de la République française, 2019) encourage également le déploiement d'outils numérisés comme le dossier médical partagé. Ainsi l'ensemble des professionnels qui interviennent dans le parcours peuvent avoir accès à l'ensemble des informations. Le déploiement des outils partagés est encore minoritaire mais se déploie encouragé par des campagnes d'information.

2.1.4.5. L'élargissement des compétences des professionnels de santé et nouvelles formes de coopération.

Une autre forme d'innovation dans la restructuration de l'offre de soins consiste à élargir les compétences des professionnels de santé. Cet élargissement en France s'est déroulé par étapes successives et progressivement.

En mars 2003, une mission est confiée au professeur Yvon Berland suite à une première mission sur la démographie des professions de santé. Il a été demandé au professeur d'étudier les coopérations qui pourraient être organisées « *dans notre pays entre les médecins eux-mêmes et entre les médecins et les autres professions médicales et paramédicales.* » (Berland, 2003).

En août 2004, après un rapport d'étape publié en octobre 2003, une expérimentation est prévue dans la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 131 (Président de la République française, 2004).

En juin 2006, le professeur Berland et le docteur Bourgueil présentent un rapport sur les 5 premières expérimentations (Berland & Bourgueil, 2006). La conclusion de ce rapport met en avant la faisabilité de cette expérimentation et la possible création du métier d'infirmière experte capable de suivre des patients chroniques.

En avril 2008 **:** la Haute autorité en santé (HAS) publie une recommandation : « Délégation, transferts, nouveaux métiers… Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? ». La HAS conclut en rapportant que les nouvelles formes de coopération constituent une opportunité d'évolution du système de santé (HAS, 2008).

Un tournant fondateur des nouvelles formes de coopération entre professionnels réside dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui promeut, dans son article 51, de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé (Président de la République française, 2009) notamment à travers la création des protocoles de coopération. Ce dispositif permet la mise en place, « *à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients.* » (HAS, 2014c). Cet outil qui permet donc une évolution dans la coopération entre professionnels sous un angle seulement substitutif, a été simplifié par la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé à travers notamment la possibilité d'adhérer à des protocoles de coopération nationaux (Président de la République française, 2019) .

Dans le cadre de ces nouvelles formes de coopération, un dispositif a vu le jour en 2004 ; il s'agit d'ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe). ASALEE, qui est la déclinaison d'un protocole de coopération, a pour objectif initial d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coopération entre médecins généralistes et infirmières (Fournier et al., 2018). Les actions des médecins et infirmier(e)s sont centrées autour du patient vers l'éducation et la prévention. L'infirmier(e) du dispositif ASALEE travaille au sein du même cabinet que le médecin généraliste, ne prescrit pas de médicament mais réalise un suivi rapproché du patient afin de l'accompagner dans son parcours (Fournier et al., 2018). Initialement le dispositif ne concernait que les patients diabétiques, puis il s'est élargi pour mener des dépistages du cancer, le repérage des troubles cognitifs, et l'automesure tensionnelle. Puis un protocole a été mis en place pour le suivi des patients à risques cardio-vasculaires et aux patients tabagiques. Les infirmières ASALEE ont depuis 2014 la possibilité de prescrire des examens complémentaires. ASALEE permet la rencontre entre un(e) infirmier(e), un médecin et un patient.

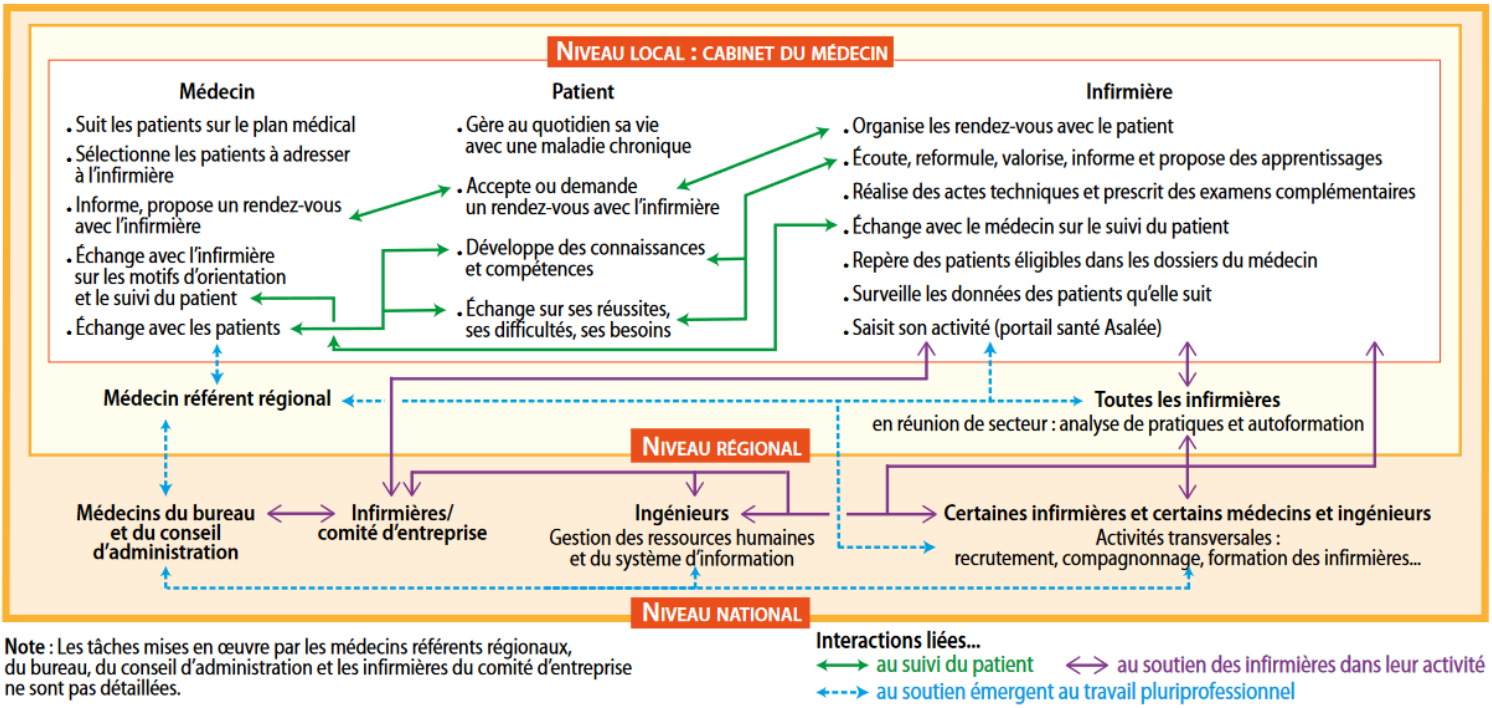

Figure 4:Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif ASALEE en 2017 (Fournier et al., 2018)

Pour faire face aux différents enjeux de santé publique auxquels notre système de santé est confronté, l'offre de soins se réorganise. Elle se structure, intègre la ville, et innove. Si l'élargissement des compétences des paramédicaux s'est déroulé de manière progressive, le protocole de coopération n'en est pas l'aboutissement final. Une forme plus évoluée de coopération entre professionnels de santé a vu le jour en France en 2016 à travers l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé (Président de la République française, 2016), puis à travers les décrets qui encadre sa formation et son exercice en 2018 (Premier ministre du gouvernement français, 2018c, 2018b). Cette nouvelle forme d'exercice déjà largement déployée à travers le monde, il s'agit de la pratique avancée infirmière.

2.2. La pratique avancée infirmière

2.2.1. La pratique avancée dans le monde

2.2.1.1. Définition internationale de la pratique avancée

Selon le conseil international des infirmières, une infirmière en pratique avancée est une « *…infirmière 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*. » (Conseil International des Infirmières., 2008).

Des postulats internationaux s'appliquent aux IPA peu importe leur territoire, leur mode d'exercice ou le domaine d'intervention (Conseil International des Infirmières., 2020). Les critères suivants représentent la base du métier d'IPA. L'IPA est une infirmière qui, dispense des soins de manière sûre et compétente, s'appuie sur une formation en soins infirmiers, a des compétences élargies en comparaison avec une infirmière généraliste (de niveau licence), a acquis la capacité d'appliquer des connaissances théoriques, juridiques ou de perfectionnement professionnel et qui maintient à jour ses connaissances des normes en lien avec son métier (Conseil International des Infirmières., 2020).

Au-delà de la formation de niveau master, l'aspect avancé de la pratique se caractérise par le degré et la richesse d'esprit critique, de compétences, de connaissances, de responsabilité, d'autonomie et de responsabilisation plus élevés qu'une infirmière généraliste (Conseil International des Infirmières., 2008). Le terme « avancé » peut également faire référence au fait que l'IPA puisse avancer dans un champ d'exercice d'autres professionnels comme le champ médical par exemple (Morin et al., 2013).

Cette montée en compétence est liée à une grande expérience couplée à une formation poussée, mais l'IPA reste néanmoins rattachée au domaine des soins infirmiers (Conseil International des Infirmières., 2020).

2.2.1.2. Rappel historique et déploiement international de la pratique avancée infirmière

Les premières infirmières expertes se sont développées aux États-Unis dès la fin du XIX^{e} siècle, en réponse à des besoins locaux spécifiques (Tourigny et al., 2010).

En 1965, est né aux Etats-Unis le concept d'infirmière praticienne (IP) d'après un modèle visant à dispenser des soins pédiatriques pour ceux n'y ayant pas accès. Il s'agissait de délivrer des soins de manière globale, centrés sur la personne avec des responsabilités accrues en termes de diagnostic ou traitement. Ce modèle s'est tout de suite distingué de l'approche médicale notamment en mettant l'accent sur la prévention (Dunphy, 2019).

Au Canada c'est dans les années 70 que la pratique avancée a fait son apparition à travers les rôles d'ICS et d'IP (Conseil International des Infirmières., 2020). Puis dans les années 80 les pays du Royaume Uni ont instauré ce mode d'exercice, avant de poursuivre son développement à travers le monde dans les années 90 et 2000 (Conseil International des Infirmières., 2020). Désormais la pratique avancée est déployée sur l'ensemble des continents et son application dépend du contexte national et des enjeux de santé publique propre à chaque pays (Conseil International des Infirmières., 2020; Maier, 2017; Schober, 2016).

Dans les pays ou régions francophones, il existe une disparité entre le niveau d'avancement de la pratique avancée infirmière. Les compétences de l'IPA sont parfois utilisées comme en Suisse, en Belgique ou dans certains pays d'Afrique francophone par exemple, mais il n'existe pas nécessairement de reconnaissance législative (Morin, 2018). Le Québec a intégré les rôles IPA depuis 20 ans (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003) avec une évolution récente (Gouvernement du Québec, 2018) et la France depuis 2016 (Président de la République française, 2016).

En Europe également les compétences des IPA sont déployées de manière disparates (Conseil International des Infirmières., 2020). Au Royaume uni, si les compétences sont bien implantées, chaque nation constitutive du royaume a déployé à son rythme et en fonction de ses enjeux propres un cadre pour accompagner le déploiement de la pratique avancée infirmière (Conseil International des Infirmières., 2020). En Ecosse, ce cadre a été publié en 2008 alors qu'il n'a été prévu qu'en 2020 pour l'Angleterre (Conseil International des Infirmières., 2020). Les Pays-Bas ou la République d'Irlande sont également très impliqués dans le développement des rôles IPA en délivrant des soins directs aux patients mais aussi en s'appuyant sur les activités transverses pour améliorer la qualité des soins (Conseil International des Infirmières., 2020).

2.2.1.3. Caractéristiques et bénéfices attendus de la pratique avancée infirmière

2.2.1.3.1. Les caractéristiques de la fonction d'IPA

Le conseil international des infirmières (CII) dans ses directives sur la pratique avancée a identifié en 2020 des caractéristiques propres à la fonction d'IPA (Conseil International des Infirmières., 2020). Ses caractéristiques participent à l'identification claire de la fonction d'IPA.

Un IPA est un infirmier qui a reçu une formation universitaire de grade Master minimum. Le programme de formation doit être spécifiquement dédié à la pratique avancée infirmière. Selon le CII, certains pays exigent une expérience clinique pour pouvoir intégrer un programme de formation en pratique avancée, cependant aucune preuve ne viendrait étayer l'efficacité d'un tel choix (Conseil International des Infirmières., 2020).

Un IPA a une fonction assignée aux soins infirmiers, la capacité de gérer des épisodes de soins complexes, la capacité d'intégrer la recherche dans sa pratique, une autonomie plus large que l'infirmière généraliste. L'IPA se caractérise également par ses compétences cliniques plus avancées ou la capacité de mener des consultations. L'IPA devient le point de contact du patient et de sa famille dans le système de soins (Conseil International des Infirmières., 2020).

Au niveau réglementaire, selon les pays, les contextes voire les régions, l'IPA peut poser des diagnostics, prescrire des médicaments, ou des examens, orienter les patients vers d'autres professionnels, les admettre au sein de l'institution. Un titre officiel d'IPA doit être mis en place et protégé par un ou des textes législatifs (Conseil International des Infirmières., 2020).

2.2.1.3.2 Les rôles en pratique avancée

Le conseil international des infirmières distingue deux rôles d'infirmier en pratique avancée. Les Infirmières Cliniques Spécialisées ICS qui sont des infirmières « *ayant des connaissances et des compétences avancées en pratique infirmière, disposant d'une formation plus poussée par rapport à une infirmière généraliste ou spécialisée, capable de prendre des décisions complexes dans une spécialité de soins infirmiers cliniques et faisant appel à une approche systémique pour influer sur les soins optimaux dans les établissements de santé.* » (Conseil International des Infirmières., 2020). Et les Infirmières Praticiennes (IP) qui « *sont des infirmières généralistes qui, après une formation plus poussée (niveau master au minimum), sont devenues des cliniciennes autonomes. Elles sont formées pour diagnostiquer et traiter les affections d'après des directives reposant sur des données probantes. Selon les principes de soins infirmiers qu'elles intègrent, c'est la personne dans son intégralité qui doit être traitée,*

et pas seulement une maladie ou une pathologie. » (Conseil International des Infirmières., 2020).

Il existe de nombreuses caractéristiques communes entre les deux rôles ce pourquoi ils sont regroupés sous la même dénomination « pratique infirmière avancée ». La différence majeure entre les deux rôles se caractérise par l'implication au sein des soins indirects. Les ICS dans leur exercice sont plus impliquées dans les activités transversales telles que la formation, l'éducation thérapeutique, le leadership professionnel ou la recherche (Conseil International des Infirmières., 2020). Pour l'un ou l'autre rôle, leur implication concernant les soins cliniques directs est forte, cependant il est constaté une plus grande participation des IP au diagnostic, aux prescriptions et au traitement (Conseil International des Infirmières., 2020).

2.2.1.3.3. Contributions des IPA dans le système de santé.

La littérature internationale montre les avantages du déploiement de la pratique avancée infirmière à différents niveaux et dans différents milieux de soins.

Les résultats probants montrent l'efficacité de la pratique avancée en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins ou l'accès aux soins (McCrory et al., 2018). Cela se caractérise par la réduction du temps d'attente, du nombre d'admissions, et des ré hospitalisassions (Begley et al., 2010; Chavez et al., 2018; Donald et al., 2015; Maier, 2017; Martin-Misener et al., 2015; Newhouse et al., 2011),la diminution du temps d'hospitalisation, des délais de consultations, de la mortalité et l'amélioration de la satisfaction des patients (Allsop et al., 2021; Jennings et al., 2015; Woo et al., 2017).

La pratique avancée contribue également à l'amélioration de la satisfaction professionnelle (Steinke et al., 2018), et dans un cadre plus difficile à évaluer (Marshall et al., 2015) à l'amélioration des couts de santé (Donald et al., 2014; Kilpatrick, Kaasalainen, et al., 2014).

Les répercussions et résultats de la pratique avancée sont visibles dans divers milieux de soins (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2019). Que ce soit au sein des soins primaires (Maier, 2017), ou en milieu hospitalier (Donald et al., 2013).

Une vaste étude publiée récemment, menée aux Etats-Unis, avait pour objectif de déterminer si la présence d'un plus grand nombre d'IPA produit de meilleurs résultats pour les patients hospitalisés, indépendamment de la dotation en personnel infirmier (Aiken et al., 2021). Les conclusions de cette étude indiquent que la présence d'un plus grand nombre d'IPA dans les hôpitaux a des effets positifs sur les patients, la satisfaction du personnel infirmier et l'efficacité des soins (Aiken et al., 2021). Les IPA à l'hôpital permettent ainsi de valoriser les ressources déjà en place.

2.2.2. La pratique avancée infirmière en France

Le premier article de thèse dont l'infirmier doctorant est deuxième auteur, s'intéresse à la création et la mise en œuvre de la pratique avancée infirmière en France.

Le rang de l'infirmier doctorant se justifie par son apport en lien avec les parties relatives à l'implantation et à sa contribution aux parties réflexives sur l'implication des travaux concernant la pratique infirmière et la politique infirmière.

En mobilisant la littérature et les retours d'expérience d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières français, l'objectif de cet article est de décrire les caractéristiques des nouveaux rôles d'infirmier en pratique avancée en France, ainsi que leurs enjeux et les perspectives, puis de comparer le modèle français avec les recommandations du Conseil International des Infirmières.

Ces travaux ont identifié le fonctionnement actuel du dispositif IPA en France, ils prévoient des évolutions nécessaires, et un indispensable accompagnement à son déploiement.

Cet article a été publié en 2021 dans la revue International Nursing Review qui est la revue officielle du conseil international des infirmières.

2.2.2.1 Article I : La création et la mise en œuvre de la pratique avancée infirmière en France : Expériences de terrain

Check for updates

Experiences From The Field

The creation and implementation of advanced practice nursing in France: Experiences from the field

Sébastien Colson[1] RN, PhD, Jocelyn Schwingrouber[2] RN, PhD(c), Catherine Evans[3] RN, PhD(c), Christophe Roman[4] RN, PhD(c), Maryline Bourriquen[5] RN, PhD(c), Guillaume Lucas[6] RN, PhD(c), Marie Mellinas[7] RN, PhD(c), Philippe Brunet[8] MD, PU-PH, Michel Cermolacce[9] MD, MCU-PH, Olivier Chinot[10] MD, PU-PH, Sandrine Mayen[11] RN, PhD & Philippe Berbis[12] MD, PU-PH

1 Director of Nursing School, CEReSS, APHM, **2** Associate Lecturer, CEReSS, **3** Associate Lecturer, ADES, Institut Paoli-Calmettes, **4** Associate Lecturer, ADES, Hôpital Saint Joseph, **5** Associate Lecturer, ADES, APHM, **6** Associate Lecturer, CEReSS, APHM, **7** Associate Lecturer, ADES, Centre Hospitalier Henri Duffaut Avignon, **8** Professor, C2VN, Centre de Néphrologie et de transplantation rénale Hôpital de la Conception, **9** Lecturer, Service de Psychiatrie Adulte, INSHôpital Sainte Marguerite, Aix-Marseille Université, **10** Professor, INPHôpital de la Timone, Neuro-oncologie, **11** Associate Lecturer, Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Nursing School, CEReSS, CHIAP, **12** Vice Dean, Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Medicine School, Service de Dermatologie, ADES, APHM, Hôpital Nord, Aix-Marseille Université, Marseille, France

Colson S., Schwingrouber J., Evans C., Roman C., Bourriquen M., Lucas G., Mellinas M., Brunet P., Cermolacce M., Chinot O., Mayen S. & Berbis P. (2021) Creation and implementation of advanced practice nursing in France: Experiences from the field. *Int. Nurs. Rev.* **00**, 1–8

Aim: This paper describes the characteristics of the new advanced practice nursing roles in France, as well as their challenges and perspectives, and compares the French model with the recommendations of the International Council of Nurses.

Background: Advanced practice nursing is particularly well established in English-speaking countries. Since 2018, France has become the second French-speaking region to legalize and regulate advanced practice nurses.

Source of evidence: The International Council of Nurses and French government websites, and scientific databases (PubMed, CINALH, Cochrane Library) were explored. Feedback from French nursing academics was also requested.

Discussion: The advanced practice nursing model in France is described according to the scope and conditions of professional practice. The educational program leads to a State diploma with master's degree, which it is mandatory to be a registered nurse. Remuneration depends on the sector of practice in the public hospital, primary care or private sector. Although there is no national strategy for the implementation of advanced practice nursing roles, research projects are being initiated to guide and evaluate the practice. Based on concordance analysis with the recommendations of the International Council of Nurses, the French advanced practice nursing model appears to be similar to the nurse practitioner model.

Conclusion: Adjustments in the scope of practice and education can be expected as the implementation of these roles is evaluated.

Implications for nursing practice: This is a historical evolution of the nursing profession in France, for which communication with patients and healthcare professionals is essential.

Implications for nursing policy: The implementation of advanced practice nursing roles in clinical settings requires the development of national strategies to support initiatives and ensure the sustainability of these roles.

Keywords: advanced practice nursing, France, nursing education, nursing roles, policy implementation

Correspondence address: Sébastien Colson, Ecole des Sciences Infirmières, Faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 MARSEILLE cedex 5, France. Tel: +33 (0) 6 83 50 05 28; E-mail: sebastien.colson@univ-amu.fr

Conflict of interest statement: The authors report no conflict of interest in this work.
Funding statement: The authors declare no funding support.

© 2021 International Council of Nurses

Aim

The main objective was to describe the new roles of the advanced practice nurse (APN) in the French context, their challenges and the prospects for implementation. The secondary objective was to compare the role of APN in France with the recommendations of the International Council of Nurses (ICN) (International Council of Nurses 2020).

Background

Several countries such as the United States, Canada, the United Kingdom and Finland (International Council of Nurses 2020; Maier et al. 2017; Schober 2016) have engaged in the development of APN roles in their healthcare system. In French-speaking countries or regions, reflections on APN roles are more recent (Morin 2018). Nursing organizations produce proposals, without necessarily resulting in legislative recognition, except in Quebec, where these new roles have been integrated into its model of care for the past 20 years (Quebec Order of Nurses 2003), with a recent evolution of the specialties offered (Quebec Government 2018), and in France, with a legislative recognition since 2016 (President of French Republic 2016).

In France, advanced practice roles are possible for all professions legally registered in the chapter on medical auxiliaries in the French Public Health Code. The Code stipulates that these roles extend beyond the scope of the core profession's competence and include the following advanced practice activities: orientation, education, prevention or screening activities; acts of clinical evaluation and conclusion, technical acts and acts of clinical and para-clinical surveillance; prescriptions of health products not subject to compulsory medical prescription, prescriptions for complementary examinations, and renewals or adaptations of medical prescriptions.

Nursing is the first profession to benefit from the creation of advanced practice roles (Prime Minister of French Government 2018a). The government plans to educate 3000 APNs by 2022 (Minister of Solidarity & Health 2020).

Sources of evidence

To prepare this experience report, relevant information was obtained from the French government and the ICN websites. Scientific databases were also reviewed (PubMed, CINALH, Cochrane Library). We also drew on our experiences as nursing academicians.

Discussion

APNs' scope of practice in France

According to the French regulations, the practice of APN is based on a professional frame of reference, detailing the skills and activities whose titles are listed in Table 1 (Minister of Higher Education, Research and Innovation & Minister of Solidarity and Health 2019). Some activities are common to all APNs, and others are specific to each area of intervention created (Prime Minister of French Government 2018a, 2019a):

- Stabilized chronic conditions; prevention and common polypathology in primary care
- Oncology and haemato-oncology
- Chronic kidney disease, dialysis and kidney transplantation
- Psychiatry and mental health

Conditions of exercise

The following three conditions are mandatory for becoming a licensed APN (Prime Minister of French Government 2018a). An APN can only practise in the field of intervention for which he or she has completed an educational program and has a valid State diploma of APN at the master's level. The candidate must have practised for 3 years as a nurse, before being able to participate in advanced practice. The APN must then register with the French Order of Nurses in order to practice (Executive Director of Care Provision 2019a).

To date, in France, APN intervention happens only as a second recourse. An organizational protocol is drawn up, signed and implemented between the physician(s) and the APN(s) who work as part of a healthcare team. The protocol defines the particular methods of care for the patients entrusted to the APN, the methods and frequency of information exchange between the physician and the APN, the methods and frequency of multi-professional consultation meetings to discuss the care of patients entrusted, and the conditions for the patient's return to the physician (Prime Minister of French Government 2018a).

The physician determines which patients will be referred to the APN. These patients are informed in a document provided by the physician and attached to the medical file, which specifies the composition of the team, the frequency at which the physician wishes to see the consulting patient, the patient's right to refuse to be followed up by the APN without any consequences on the care, the conditions for returning to the physician upon the APN's decision and the procedures to ensure that the confidentiality of the patient's personal data are respected when it is transmitted between the physician and the APN (Prime Minister of French Government 2018a).

Ministerial orders specify the acts and activities that an APN may perform in addition to those within the initial scope of nursing practice (Executive Director of Care

© 2021 International Council of Nurses

Table 1 Competencies and activities of APNs in France (Minister of Higher Education, Research and Innovation & Minister of Solidarity and Health 2019)

Competency framework	*Activities framework*
1. Evaluate the health status of patients as a relay medical consultations for identified pathologies	1. Observation, data collection and interpretation as part of patient follow-up, in the respective field of intervention
2. Define and implement a care plan based on the overall assessment of the patient's health status	2. Prescriptions, renewal of prescriptions and performance of technical acts as part of patient follow-up, in the respective field of intervention
3. Designing and implementing prevention and therapeutic education actions	3. Design, implementation and evaluation of prevention and therapeutic education actions
4. Organize patient care and healthcare pathways in collaboration with all relevant stakeholders	4. Participation in the organization of the patient's care and health pathway
5. Set up and conduct actions to evaluate and improve professional practice through clinical leadership	5. Implementation of actions to evaluate and improve professional practices
6. Research, analyse and produce professional and scientific data	6. Contribution to studies and research

Provision 2018; Executive Director of Care Provision 2019b). They are divided into five lists:

- list of technical acts that the APN is authorized to perform without a medical prescription and, where applicable, to interpret the results for the pathologies he or she is monitoring
- list of follow-up and preventive acts that the APN is authorized to request for the pathologies he or she is monitoring
- list of medical devices not subject to mandatory medical prescription that an APN is authorized to prescribe
- list of medical biology exams that the APN is authorized to prescribe for the pathologies he or she is monitoring
- list of medical prescriptions that the APN is authorized to renew or adapt for the pathologies he or she is monitoring

Education

The educational program leading to the APN State diploma with master's degree is delivered by an university accredited to deliver the diploma, by the Ministry of Higher Education, Research and Innovation (Prime Minister of French Government 2018b, 2019b). The application for accreditation is based on the response to a specific education published by ministerial order (Minister of Higher Education, Research and Innovation & Minister of Solidarity and Health 2019). To date, 21 universities or groups of universities are accredited.

After the State diploma of nursing with License degree is granted, the APN education is organized in two stages: first year in common core, allowing to lay the APN fundamental core, and then, the second year focused on specific teachings related to the chosen specialization. The education structure is standardized (Table 2). Universities are free to propose the organization and pedagogical modalities, provided that the content allows the acquisition of knowledge and skills in accordance with the specific education.

Each teaching unit of the educational program allows validation of a number of European Credits Transfer Systems (ECTS). Each semester validation allows the student to obtain 30 ECTS. The master's degree is delivered if 120 ECTS are obtained at the end of the four semesters of the educational program.

The State diploma with master's degree of APN is awarded if the student has been validated by all the courses and completed internships, and successfully defended the thesis at the end of the educational program.

Remuneration

The compensation model for APNs in France differs depending on the sector of activities.

Table 2 Organization of State diploma with master's degree in advanced practice nursing education over four semesters and the proportion of European Credit Transfer System (ECTS) per teaching unit

First year	*Second year*
Semester 1: • Nursing sciences and advanced practice (6 ECTS) • Clinic (15 ECTS) • Responsibilities, ethics, legislation, deontology (3 ECTS) • Methods of work (3 ECTS) • Modern language (3 ECTS) **Semester 2:** • Clinic (6 ECTS) • Public health (6 ECTS) • Education and analysis of professional practices (6 ECTS) • Research (6 ECTS) • Internship (6 ECTS)	**Semester 3:** *Common core:* • Research (3 ECTS) • Modern language (3 ECTS) *By field of intervention:* • Fundamentals (6 ECTS) • Clinic (14 ECTS) • Healthcare paths (4 ECTS) **Semester 4:** • Internship (24 ECTS) • Thesis (6 ECTS)

© 2021 International Council of Nurses

For employees in the public hospital sector, new index tables have been published to establish a gross base salary of €2,085 per month at the beginning of their career and €3383 at the end of their career (excluding bonuses) (Prime Minister of French Government 2020a, 2020b). However, a nurse starts his or her career with a gross salary of €1827 per month and ends at €2938 per month (excluding bonuses), and a care unit manager starts his or her career at €2155 per month and ends at €3580 (excluding bonuses). A resumption of seniority is carried out for APNs with previous professional experience as a nurse in the public hospital sector.

With regard to self-employed APNs in primary care, several packages have been developed (Ministry of Solidarity & Health & Ministry of Action & Public Accounts 2019):

- A flat fee of €20, billable once, intended to verify the patient's eligibility for follow-up by an APN, valuing the interview and the record of the patient's history
- Four quarterly follow-up packages invoiced per year and per patient, including all APN interventions during the quarter, including coordination and consultation actions. The first annual package is valued at €58.90 per patient, and the next three packages are valued at €32.70 per patient per quarter. An increase of €3.90 per lump sum is provided for the care of those under 7 years and over 80 years of age
- An annual lump sum of €400 to €1120 to help with the computerization and modernization of the means of communication for the APN
- Aid of €27 000 for the first 2 years of practice only for the installation of nurses practising exclusively in advanced practice, conditional on a minimum number of patients followed by the APN: minimum 50 in the first year and 150 in the second year. For more than 300 patients, assistance is not granted.

With regard to APNs working in private hospitals, compensation models have not yet been officially communicated.

Implementation

Despite the government's desire to encourage the massive deployment of APNs in France with the goal of educating 3000 APNs by 2022, no national strategy has been established for the implementation of these new professionals, both in hospitals and in primary care teams. However, the literature shows that the success of this type of implementation depends on planning and anticipation (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004; Contandriopoulos et al. 2015).

Recently, the Participatory Evidence-Informed Patient-Centered Process for APN Role Development model (PEPPA) has been used in Europe (Bryant-Lukosius et al. 2016). Based on the principles of action research, this model details the different phases to be followed in designing, implementing and evaluating the APN role.

At the time of the announcement of the creation of APN in France, the Provence-Alpes-Côte d'Azur Regional Health Agency (a decentralized State instance under the supervision of the Ministry of Solidarity and Health) and Aix-Marseille University decided to establish a partnership to guarantee quality education and the successful implementation of these new roles in the French healthcare system, based on the principles of the PEPPA model. An initial study has produced a report on the modelling of the implementation of APNs in hospitals (Provence-Alpes-Côte d'Azur Regional Health Agency 2019). Recommendations have been formulated to support the stakeholders of these establishments in their efforts to establish quality facilities. This same work should be continued specifically for the implementation of APNs in primary care.

Now that the first APNs are graduating and being recruited into healthcare facilities or primary care, an evaluation project in the form of a case study is underway, based on the PEPPA model. It will describe the actual activities of the APNs, the appropriateness of the role in the implementation project, interprofessional collaboration and the professional satisfaction, which are prerequisites for understanding the impact on the quality of pathways and accessibility to care. More generally, it is planned to evaluate the effects of the deployment of APNs on the healthcare system in medium term. It will then be necessary to assess whether the implementation of an APN in addition to follow-up by a physician improves the quality of follow-up, the satisfaction of care recipients and their relatives, and medico-economic indicators. However, the current COVID-19 health crisis does not allow these projects to be carried out within the initially planned schedule (Chamboredon et al. 2020).

Adequacies of the characteristics of the APN role in France in relation to the international recommendations of the ICN

Table 3 shows that the characteristics of French APNs are broadly in line with the ICN recommendations (International Council of Nurses 2020). The only differences are the French APN cannot establish a medical diagnosis and intervene on the first contact.

© 2021 International Council of Nurses

Table 3 Comparisons of the characteristics of nurse practitioners established by the ICN with those of APNs in France (Prime Minister of French Government 2018a, 2018b, 2019a, 2019b; International Council of Nurses, 2020, Tables 3 and 4, p. 24–25)

Characteristics of Nurse Practitioners by ICN	*Characteristics of French APNs*
'Comprehensive scope of practice specific to the nurse practitioner (NP) with activities that include prescribing, diagnosis & treatment management'	Complete area of practice specific to APNs, depending on the chosen designation. Activities: orientation, education, prevention or screening activities; acts of clinical evaluation and conclusion, prescriptions of health products not subject to compulsory medical prescription, prescriptions for complementary examinations and renewals or adaptations of medical prescriptions N.B.: establishment of medical diagnosis remains the responsibility of the physician
'Commonly provides direct clinical care to patients with un-diagnosed conditions in addition to providing ongoing care for those with an already established diagnosis'	Intervenes after the establishment of a medical diagnosis and upon proposal to the patient to be followed by an APN
'Works generically within a variety of fields of practice and settings'	Practicing in a hospital or ambulatory care setting, as part of a team coordinated by a physician, with whom an organizational protocol is signed to define the fields and limits of intervention
'Works with multiple diverse practice populations'	Works with populations of people with chronic pathologies, according to the APN's field
'Works autonomously and in collaboration with other healthcare professionals'	Exercises within a multi-professional care team coordinated by a physician. Relative autonomy defined by national regulations.
'Assumes full clinical responsibility and management of their patient population'	Assumes his or her responsibility for its actions and activities. Carries out joint follow-up of assigned patients with the collaborating physician.
'Conducts comprehensive advanced health assessments and investigations in order to make differential diagnoses'	Carries out acts of evaluation and clinical conclusion, technical acts and acts of clinical and para-clinical surveillance, the lists of which are defined by ministerial orders
'Initiates and evaluates a treatment management plan following an advanced health assessment and investigation based on conduct of differential diagnoses'	Evaluates patient compliance with treatment. Conducts screening, prevention, and education activities, in addition to advanced health assessments and examinations (see below)
'Engages in clinical leadership, education, and research'	Competencies 5 and 6 of the competency framework (Table 1)
'Provides evidence-based care'	Competency 6 of the competency framework (Table 1)
'Frequently has the authority to refer and admit patients'	Refers patients to the healthcare professional who appears to be the most suitable
'Commonly has prescribing authority'	Establishes ordinances, according to the field of competence defined by regulation and according to its indication
'Have a master's degree as a minimum educational qualification'	Have a State diploma with Master's degree
'Are autonomous and accountable at an advanced level'	Autonomous and responsible in a specific field of competence and additional to that of the general care nurse
'Provide safe and competent patient care through a designated role or level of nursing'	Provides competent and safe patient care, with a specific scope of competence defined by regulation and nationally, and a level of practice certified by educational program at universities accredited by the relevant ministries.
'Have a generalized nursing qualification as their foundation'	Have a State diploma in nursing in France or equivalent in the European Union
'Have roles with increased levels of competency that are measurable'	Provided in the regulatory texts; currently being evaluated at the level of APN implementation in France
'Have acquired the ability to apply the theoretical and clinical skills of advanced practice nursing utilizing research, education, leadership, and diagnostic clinical skills'	Abilities assessed during the educational program, while preparing for graduation. Education, based on a combination of theoretical instruction and practical work experience in internship, accredited by the university providing the educational program

© 2021 International Council of Nurses

Table 3 *Continued*

Characteristics of Nurse Practitioners by ICN	*Characteristics of French APNs*
'Have defined competencies and standards which are periodically reviewed for maintaining currency in practice'	Must justify the implementation of regulatory measures related to development activities for all healthcare professionals in France
'Are influenced by the global, social, political, economic and technological milieu'	Under development and evaluation. APNs are involved in the use of new technologies for patient monitoring and are currently enrolled in learned societies. National representation is under progress
'Recognize their limitations and maintain clinical competencies through continued professional development'	The limits are defined by regulations and the organization protocol established with the collaborating physician. The specific continuing education offer for APNs is currently being developed.
'Adhere to the ethical standards of nursing'	Are registered with the French Order of Nurses and must comply with the Code of Ethics
'Provide holistic care'	Provide comprehensive care, with an evolution in the extent of autonomy in some care, which require a medical prescription within the nursing scope of practice.
'Are recognized through a system of credentialing'	Are certified and authorized to practice, thanks to the APN State diploma with Master's degree in France, issued by the president of the university accredited to provide the educational program and deliver this diploma

Conclusion

The recognition and implementation of APN are still in its early stages in France. Gradually, new areas of intervention are being considered; the government and the healthcare system have great expectations from this new profession. Adjustments will be necessary as these APNs are implemented in clinical environments.

Implications for nursing practice

The arrival of APN in France is creating a real revolution in clinical practice. These new professionals must find their place within the care teams in close collaboration with nurses, physicians, and managerial teams.

Their role is all the more important with teams. Due to their clinical leadership, they are reference professionals with expertise in their field of intervention, on which team members can rely. This is all the more important in sectors under stress, both in terms of medical demographics, high nursing staff turnover, and prevents loss of expertise in fields such as psychiatry and mental health sector in France.

For these new professions to be well identified by the French population, it is important to communicate their role in the healthcare system to patients and to broader society. This will create a relationship of trust, which is necessary for quality care (Teare et al. 2017).

The successful implementation of APNs within hospitals and ambulatory structures is the keystone of the evolution of care pathways for patients with chronic health conditions. The last effort to be made is to provide financial and other support to enable implementation; this is a challenge that needs to be overcome in the next few years.

Implications for nursing policy

The introduction of APNs into the French healthcare system seems to be a key issue for French political authorities (Minister of Solidarity & Health 2020). The positioning of APN is seen as the missing link in optimizing patient care.

In the French context of decreasing medical demographics and increasing care for chronic patients, the deployment of APNs in France must meet two objectives: improving access to care and improving the quality of care pathways (Prime Minister of French Government 2018a). In the implementation strategy, it is important to consider the role of an APN. If the role of the APN is not tailored to the needs of the population and the regulatory framework, it will not be effective in achieving the desired objectives. APNs should work within a comprehensive perspective of the advanced practice of their profession (Gray 2016), and not as expert generalist nurses, care pathway coordinators or surrogate physicians. APNs must integrate their membership in nursing, from which it draws the principles and methods to implement its clinical reasoning and carry out all activities in its field of competence. Authorizations to enter the medical field permitted by professional regulations must be the tools for implementing advanced practice in the discipline. It, therefore, seems important that a national policy for the implementation and evaluation of APN

© 2021 International Council of Nurses

roles be implemented in France, under regional and national supervision, in order to develop APN roles if necessary.

Regulations allow APN implementation projects to adapt to the local context. In healthcare institutions, the expectations of healthcare professionals are different from those of primary care professionals. The hospital will tend to look for super-specialized APNs, while primary care is looking for generalist APN profiles (Schwingrouber et al. 2021). The deployment of these roles should be accompanied by the development of a viable business model for the structures attractive to APNs. It is important that institutions be valued in their efforts to improve career paths and that APNs are valued for their increased competence and responsibility.

If this profession is considered as an intermediary in the healthcare system, between the general care nurse and the medical profession, the educational program of APNs can be considered as a new level in the construction of the university nursing program in France. The master's level allows for doctoral study prospects for the holders of the diploma, to develop nursing knowledge for the national and international nursing community. This provision is fully in line with the construction of the university disciplinary field in the nursing sciences initiated in France in 2018 (Colson et al. 2021).

Acknowledgments

The authors would like to thank Prof. Yvon Berland, President Emeritus of Aix-Marseille University, and Prof. Georges Leonetti, Dean of the Faculty of Medical and Paramedical Sciences of Aix-Marseille University, for their support and determination in the recognition of advanced nursing practice in France and the development of university training.

Authorship contributions

Article plan: SC
Data collection: SC, JS, CE, MM, MB, SM, CR, GL
Data synthesis: SC, JS, SM
Study supervision: SC
Manuscript writing: SC, JS, SM
Critical revisions for important intellectual content: PBe, PBr, MC, SM, CR, JS, CE, GL, OC

References

Bryant-Lukosius, D., et al. (2016) Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *Journal of Nursing Scholarship*, **48**, 201–209. https://doi.org/10.1111/jnu.12199.

Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2004) A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, **48** (5), 530–540. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x.

Chamboredon, P., Roman, C. & Colson, S. (2020) COVID-19 pandemic in France: health emergency experiences fromthe field. *International Nursing Review*, **67** (3), 326–333. https://doi.org/10.1111/inr.12604.

Colson, S., et al. (2021) Development of the nursing science university field in France: national and international perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, **77** (4) https://doi.org/10.1111/jan.14756.

Contandriopoulos, D., et al. (2015) A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, **15**, 78. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0731-5.

Executive Director of Care Provision. (2018) *Order of 18 July 18 2018 fixing the lists allowing the practice of advanced practice nursing in application of article R.4301-3 of the public health code* (in French). Regulatory text 18 July. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218201/ (Accessed 31 March 2021)

Executive Director of Care Provision. (2019a) *Order of 12 August 2019 relating to the registration of advanced practice nurses with the Order of Nurses* (in French). Regulatory text 12 August. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914138/ (Accessed 31 March 2021)

Executive Director of Care Provision. (2019b) *Order of 12 August 2019 modifying the annexes to the order of 18 July 2018 setting the lists allowing the practice of advanced practice nursing in application of Article R.4301-3 of the Public Health Code* (in French). Regulatory text 12 August. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914143 (Accessed 31 March 2021).

Gray, A. (2016) Advanced or advancing nursing practice: what is the future direction for nursing? *British Journal of Nursing*, **25** (1), 8–13. https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.1.8.

International Council of Nurses (2020) *Guidelines on advanced nursing practice*. Guidelines. Available at: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf (Accessed 13 March 2021).

Maier, C.B., Aiken, L.H. & Busse, R. (2017) *Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation*. E-book. OECD health working Papers, No. 98. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/https://doi.org/10.1787/a8756593-en.

Minister of Higher Education, Research and Innovation & Minister of Solidarity and Health. (2019) *Order of 12 August 2019 modifying the order of 18 July 2018 relating to the regime of studies for the State diploma of advanced practice nursing* (in French). Regulatory text 12 August. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914201 (Accessed 31 March 2021)

Minister of Solidarity and Health (2020) *Olivier Véran's speech—Conclusions of the Health Segur (in Franch)*. Speech 21 July. Available at: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-olivier-veran-conclusions-du-segur-de-la-sante (Accessed 31 March 2021).

Ministry of Solidarity and Health & Ministry of Action and Public Accounts. (2019) *Order of 30 December 2019 approving the addendum*

© 2021 International Council of Nurses

n° 7 to the national convention organizing the relations between the liberal nurses and the health insurance, signed on 22 June 2007 (in French). Regulatory text 30 December. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039749304 (Accessed 31 March 2021)

Morin, D. (2018) *Advanced nursing practice—towards a consensus within the Francophonie*. E-book. SIDIIEF, Montréal (in French).

President of French Republic. (2016) *Law n° 2016-41 of 26 January 2016, on the modernisation of our health system, the Public Health Code. Title II: Facilitating daily health paths. Chapter I: Promoting primary care and structuring health pathways. Article 64* (in French). Law 26 January. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913243 (Accessed 31 March 2021).

Prime Minister of French Government. (2018a) *Decree No. 2018-629 of 18 July 2018 on advanced practice nursing practice* (in French). Regulatory text 18 July. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&categorieLien=id (Accessed 31 March 2021).

Prime Minister of French Government. (2018b) *Decree No. 2018-633 of 18 July 2018 on State diploma of advanced practice nurse* (in French). Regulatory text 18 July. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218444/ (Accessed 31 March 2021).

Prime Minister of French Government. (2019a) *Decree no. 2019-835 of 12 August 2019 relating to the practice of advanced practice nursing and its coverage by health insurance* (in French). Regulatory text 12 August. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914038/ (Accessed 31 March 2021).

Prime Minister of French Government. (2019b) *Decree No. 2019-836 of 12 August 2019 on State diploma of advanced practice nurse mention psychiatry and mental health* (in French). Regulatory text 12 August. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914192/ (Accessed 31 March 2021).

Prime Minister of French Government. (2020a) *Decree No. 2020-244 of 12 March 2020 on the special status of the corps of medical auxiliaries practicing in advanced practice in the hospital civil service* (in French). Regulatory text 12 March. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041721752 (Accessed 31 March 2021).

Prime Minister of French Government. (2020b) *Decree No. 2020-245 of 12 March 2020 relating to the indexed grading of the corps of medical auxiliaries practicing in advanced practice in the hospital civil service (in French)*. Regulatory text 12 March. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041721800/ (Accessed 31 March 2021).

Provence-Alpes-Côte d'Azur Regional Health Agency (2019) *Modeling the function of the nurse in advanced practice* (in French). Guidelines December. Available at: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf (Accessed 31 March 2021).

Quebec Government (2018) *Decree 85-2018 Nurses Act (chapter I-8)* (in French). Regulatory text 7 February. Available at: http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=67945.pdf (Accessed 31 March 2021).

Quebec Order of Nurses (2003) *Guide to the application of the new Nurses Act and the Act to amend the Professional Code and other legislative provisions in the health field (in French)*. Guidelines April. Available at: https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf (Accessed 31 March 2021).

Schober, M. (2016) *Introduction to advanced nursing practice: an international focus*. Springer International Publishing, Switzerland, https://doi.org/10.1007/978-3-319-32204-9.

Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S. & Colson, S. (2021) An exploratory study of hospital stakeholders' perceptions on the introduction of advanced practice nurses. *Recherche En Soins Infirmiers*, **145**, 6–23.

Teare, J., Horne, M., Clements, G. & Mohammed, M.A. (2017) A comparison of job descriptions for nurse practitioners working in out-of-hours primary care services: implications for workforce planning, patients and nursing. *Journal of Clinical Nursing*, **26** (5–6), 707–716. https://doi.org/10.1111/jocn.13513.

© 2021 International Council of Nurses

2.2.2.2. Dispositifs d'accompagnement de la pratique infirmière avancée en France.

En France, après les annonces de création des textes encadrant l'exercice et la formation de la pratique avancée infirmière, ce sont les ARS qui ont pris le relais de l'accompagnement. Selon les régions, l'accompagnement et les propositions sont différentes.

L'ensemble des agences proposent un dispositif d'accompagnement financier pour aider les infirmiers libéraux à suivre la formation. Cette somme de 10600€ minimum par an est soumise à un examen de dossier, à la proposition d'un projet professionnel cohérent avec les enjeux du territoire et d'un engagement d'exercice de deux ans sur la région.

Certaines ARS comme l'ARS Grand-Est, Ile de France ou Normandie, (ARS Ile de France, 2021; ARS Normandie, 2021), proposent un accompagnement aux établissements de santé pour les aider à remplacer l'infirmier parti en formation, voire les frais de formation.

L'ARS Bretagne (ARS Bretagne, 2020) dans le cadre d'une expérimentation propose depuis 2020 une aide à l'installation de 13500€ pour les IPA libéraux au moment de leur installation. Si un accompagnement financier est en place par l'intermédiaire du Fond d'investissement régional (FIR) par les ARS, il existe aussi par l'intermédiaire de l'assurance maladie qui dans le cadre de l'Avenant N°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019), propose pour les IPA libéraux en exercice exclusif au titre de la première année, 17 000 euros si l'infirmier justifie avoir assuré dans l'année le suivi d'au minimum 50 patients ; au titre de la deuxième année, 10 000 euros si l'infirmier justifie avoir assuré dans l'année le suivi d'au minimum 150 patients (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

En Ile de France, le projet PREFICS qui s'étendait de 2014 à 2017 proposait de préfigurer la fonction d'IPA auprès d'acteurs de la santé et de la formation, afin d'apporter des pistes pour l'évolution des modèles professionnels (ARS Ile de France, 2017). La contribution de ce projet dans la publication des textes encadrant la pratique avancée est certaine mais il ne contribue pas à l'accompagnement actuel de la pratique avancée.

En Ile de France toujours, un groupe de travail s'est formé regroupant des parties prenantes pour élaborer des fiches de postes et des protocoles d'organisation type (ARS Ile de France, 2020).

En PACA enfin, un partenariat s'est mis en place entre l'ARS et Aix-Marseille Université (AMU) puis également avec Nice Sophia Antipolis. Cela se caractérise par la création de poste

de 6 infirmiers hospitalo-universitaires cofinancés par les deux institutions. Leurs objectifs sont d'assurer des activités d'enseignements et de recherche au sein de l'université et d'accompagner le déploiement de la pratique avancée au sein de leurs établissements partenaires.

L'ARS PACA a souhaité orienter sa stratégie d'implantation de la pratique avancée infirmière sur des données probantes en s'associant aux projets de recherche de ce travail de thèse.

Au-delà de l'aide financière, il n'existe que peu de projets proposant un accompagnement du déploiement de la pratique avancée pour aider les acteurs de santé.Or l'implantation et l'évaluation de la pratique avancée infirmière présente un aspect disruptif pour les acteurs de santé qui nécessite une réelle stratégie de mise en œuvre et de déploiement (Lowe et al., 2018).

2.3. L'implantation et l'évaluation de la pratique avancée infirmière

2.3.1. Stratégie d'implantation de la pratique avancée infirmière

2.3.1.1. Une stratégie nécessaire

Développer la pratique avancée que ce soit au niveau politique d'un établissement ou d'un service de soins représente un projet complexe (Yeager, 2010). L'aspect innovant peut susciter une réelle dynamique mais également faire en sorte que les porteurs de projets ne prennent pas l'entière mesure des enjeux qui sont liés à l'implantation de la pratique avancée (McNamara et al., 2009). La littérature internationale nous rapporte des exemples qui illustrent la nécessaire mise en place d'une stratégie dédiée pour réussir l'implantation de ces nouveaux rôles infirmiers (Aguilard et al., 2017).

A Singapour, une étude ethnographique a été menée, avec pour objectif d'identifier les enjeux liés à l'implantation de la pratique avancée infirmière (Schober, 2015). Cette étude a montré que malgré la volonté de tous, l'intégration des IPA dans le système de santé avait été perçu comme difficile, générant des conflits et des tensions. Ces tensions étaient liées à une compréhension trop vague de leur rôle, et à l'absence d'un plan coordonné pour mettre en œuvre l'implantation des IPA. Le fait que les rôles des IPA soient mal définis par les organisations de santé et non anticipés, peut générer une incompréhension de l'activité de l'IPA par l'équipe de soins (Contandriopoulos et al., 2015). Cette incompréhension peut engendrer une opposition de certains professionnels voire même de certains patients (Schober, 2010).

Il existe également des retours d'expériences qui permettent d'identifier l'intérêt d'une planification du rôle IPA (Carter et al., 2010). Parmi ces exemples de réussites d'implantation la nécessité de réunir les parties prenantes, pour obtenir un consensus autour de l'activité de l'IPA (Carter et al., 2010), et le soutien de l'administration (Contandriopoulos et al., 2015) pour planifier la stratégie représentent des facteurs essentiels.

2.3.1.2. Les barrières et leviers de l'implantation de la pratique avancée infirmière

La littérature montre que pour implanter la pratique avancée infirmière, les porteurs de projets peuvent s'appuyer sur des leviers à activer ou des barrières à anticiper.

Un document de travail l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) note que les obstacles au développement de la pratique avancée infirmière sont semblables à travers le monde (Maier, 2017). Ces principaux obstacles se caractérisent par l'opposition de certains intervenants (notamment médicaux), les obstacles réglementaires (notamment les lois très restrictives sur le champ d'exercice), les projets de financement et de remboursement (lorsque ces nouveaux rôles ne sont pas reconnus de façon adéquate), ou le lent déploiement au niveau organisationnel (en raison de l'absence d'une direction solide et de mauvaises stratégies de gestion du changement.) (Maier, 2017).

Au-delà de ces aspects, le manque de compréhension et de clarté du rôle représente des barrières à l'implantation de la pratique avancée infirmière (Carter et al., 2013; Contandriopoulos et al., 2015; DiCenso et al., 2010; Kilpatrick et al., 2012; Schober, 2010). Ces aspects sont à l'origine de tensions et de conflits entre IPA et équipe de soins (Contandriopoulos et al., 2015) ou IPA et médecins (Schober, 2010).

Un soutien institutionnel ambigü est identifié comme un obstacle au développement de la pratique avancée (Carter et al., 2013; Contandriopoulos et al., 2015; Currie & Grundy, 2011; DiCenso et al., 2010). Alors que l'administration hospitalière est en mesure de proposer une politique de soins favorisant les liens interprofessionnels, ne pas développer les projets d'implantation de la pratique avancée infirmière dans ce sens serait néfaste pour la qulité de l'implantation (DiCenso et al., 2010).

En contrepartie, la littérature identifie les facteurs favorisant l'implantation de la pratique avancée.

L'identification et le regroupement des parties prenantes au sein d'un groupe de travail semble être un facteur favorisant le développement de la pratique avancée infirmière notamment à travers la clarté du rôle et les attendus de chacun (DiCenso et al., 2010). Afin de lever les incertitudes concernant l'activité IPA, une stratégie de communication est essentielle (Carter et al., 2013; de Guzman et al., 2010). Le soutien administratif de l'institution est essentiel, il peut se caractériser par la mise à disposition des ressources matérielles (Carter et al., 2010), par une politique managériale favorisant l'implantation (Carter et al., 2010; de Guzman et al., 2010) en y associant le soutien des médecins et des directeurs de soins (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004)

La formation universitaire de niveau Master des IPA représente un facteur d'intégration. Leurs compétences acquises à l'université leur permettent d'obtenir de la légitimité au service de leur savoir et de leur savoir-faire (Contandriopoulos et al., 2015; DiCenso et al., 2010).

Une revue récente de la littérature qui synthétise 54 articles identifie également les barrières et leviers associés à l'implantation de la pratique avancée (Torrens et al., 2020). 536 obstacles ont été extraits, et 371 facilitateurs. Les chercheurs ont regroupé ces données et identifié les principaux facteurs. Les facteurs liés au rôle des différents professionnels au sein d'une équipe sont à la fois identifiés comme principaux leviers et barrières. L'absence de lignes de responsabilité claires précisant la responsabilité de chaque membre et délimitant le rôle du poste ou d'autres facteurs comme le financement sont cités comme obstacle. Alors que les facteurs individuels, à savoir les caractéristiques propres à la personnalité de l'IPA, ou la disponibilité et la qualité de la supervision ou de l'encadrement direct sont référencés comme des leviers (Torrens et al., 2020).

2.3.3.1. Les principes de l'intégration des infirmiers en pratique avancée

Selon les travaux de Contandripoulos, pour pouvoir réussir un projet d'implantation de la pratique avancée infirmière, il est nécessaire de respecter des principes. Ces principes déclinés sous formes de thèmes se retrouvent dans un modèle global basés sur une approche d'analyse logique basée, d'une part, sur une revue réaliste de la littérature et, d'autre part, sur des études de cas qualitatives dans 6 équipes de soins de santé primaires en milieu rural et urbain au Québec (Contandriopoulos et al., 2015).

Ces thèmes sont les suivants :

La planification préalable représente le premier élément d'une intégration réussie. Cela se caractérise par la mise en place d'un plan établi collectivement en intégrant les équipes de soins et en prenant en compte le temps dédié. Cette préparation permet de développer des informations et des connaissances sur la pratique avancée et de les diffuser. Une analyse des forces et des faiblesses semble nécessaire en considérant à la fois les besoins des patients et l'amélioration du modèle de soins. La planification permet de discuter du rôle réel de l'IPA, s'il est réaliste, acceptable. Cette étape doit être portée par une personne référente qui présentera toujours la pratique avancée comme une opportunité.

La définition du rôle et la recherche de consensus représentent un enjeu pour l'intégration des IPA. L'importance de définir le rôle et le champ de pratique est un élément évoqué largement par la littérature sur les obstacles à l'intégration des IPA. Lorsque les rôles sont

définis, il y a consensus, cela permet de réduire les tensions et faciliter l'intégration. Cependant, il existe un débat sur le niveau de formalisation des rôles. Le modèle fait l'hypothèse que plus l'équipe de soins est grande, plus le rôle doit être formalisé. Mais cette formalisation doit, dans tous les cas rester flexible pour permettre aux équipes d'évoluer. Une formalisation trop excessive irait à l'encontre de la collaboration. Il est également essentiel de prendre en compte les compétences de chacun dans la construction du rôle IPA pour éviter les chevauchements et les tensions associées.

Le choix d'un modèle de soins IPA est indispensable. Au Québec, les réglementations prévoient un modèle dans lequel IPA et médecins répondent ensemble aux besoins des patients. Ce modèle peut prendre deux formes ; le modèle « conjoint » et le modèle « consultatif ». Le modèle « conjoint » prévoit que l'IPA et le médecin aient la même file active de patient, l'IPA peut intervenir de façon alternée dans le parcours du patient, mais le médecin reste le garant du parcours. Le modèle « consultatif » prévoit que l'IPA et le médecin aient des files actives différentes, ce qui implique une intervention médicale qu'en cas de besoin. Une définition et un choix de modèle est déterminant pour la qualité de la collaboration, l'identification les rôles de chacun, et l'amélioration de la satisfaction professionnelle. Si aucun modèle n'a fait plus ses preuves que l'autre, en France la réglementation ne permet pas de mettre en place un modèle « consultatif ». Le modèle de soins à déterminer sera « conjoint », mais ces contours et la manière dont l'IPA va intervenir dans le parcours et collaborer avec le médecin sont à définir.

Le processus collaboratif est un élément important à prendre en compte afin d'optimiser l'intégration des IPA. Sur le plan pratique cela peut se caractériser à trois niveaux. Tout d'abord, au niveau des décideurs, qu'ils soient cliniques ou pas. L'IPA doit pouvoir identifier vers qui se retourner pour obtenir du soutien en cas de différend ou de problème quelconque. Ensuite, la collaboration entre professionnel de santé prend du temps et nécessite de la confiance mutuelle. Pour développer cette confiance, les IPA doivent faire leurs preuves. Si la littérature met souvent en avant la difficulté de la collaboration IPA médecin, celle avec le reste de l'équipe est à prendre en compte également. Il faut prévoir une période d'adaptation pendant laquelle les professionnels vont pouvoir échanger sur leurs pratiques, leurs valeurs et la manière dont ils perçoivent leur contribution partagée à l'amélioration des besoins des patients. Il est nécessaire de prévoir un lieu d'échange au sein duquel les professionnels vont pouvoir discuter et façonner les contours de leur collaboration de manière formelle et informelle. Enfin, pour faire émerger un processus collaboratif commun, des formations communes ou des activités d'échanges sur des cas peuvent favoriser les discussions d'équipe positives.

Le soutien aux équipes intégrant une IPA est nécessaire. Il se caractérise à différents niveaux. Au niveau du soutien clinique, des difficultés pour mettre en place des prescriptions, recevoir des comptes rendus médicaux peuvent apparaître causés par des failles administratives ou par l'opposition de certains professionnels. Dans ces cas-là, un soutien doit être apporté à l'IPA pour aplanir ces différends. Au niveau clinique, un soutien à la formation continue et une considération institutionnelle de l'évolution des rôles doit être mise en place. Au niveau du soutien de l'équipe, une autorité claire et positive d'une ou plusieurs personnes clés qui ont une forte légitimité avec un sens clair des objectifs de l'IPA doivent soutenir son exercice. De plus une stratégie de communication et de résolutions des conflits adaptée doit être anticipée et mises en œuvre. Un soutien systémique doit être mis en place. L'IPA évolue dans un contexte vaste, les parcours des patients ne se limitent souvent pas qu'à un seul service ou établissement. Il est nécessaire de prendre en compte les problématiques que peuvent rencontrer les IPA vis-à-vis de l'extérieur tel que la facturation, le rejet d'ordonnance ou la méconnaissance de la fonction par un autre professionnel de santé. La stratégie de communication doit donc s'étendre à l'extérieur et l'IPA doit pouvoir compter sur un soutien des administrations de santé pour résoudre ces problématiques.

Ce modèle qui se veut ancré dans la pratique prévoit que dans la vie réelle, l'implantation est un processus dynamique complexe et désordonné. Bien qu'il ne remette pas en question le principe de l'implantation de manière structurée, il recommande d'accepter de la flexibilité et des retours en arrière éventuels pour repenser ce qui n'aurait pas été fait correctement. Les thèmes identifiés sont des aspects à prendre en compte dans un projet flexible et adaptable, et non une ligne directrice exhaustive qu'il faudrait suivre à la lettre.

2.3.2. Le modèle PEPPA

En 2004, de Denise Bryant-Lukosius a publié un modèle pour faciliter l'implantation et l'évaluation de la pratique avancée infirmière, il s'agit du modèle Participatory Evidence-Informed Patient-Centred Process for APN Role Development (PEPPA). Aujourd'hui ce modèle utilisé dans 16 pays au moins (Boyko et al., 2016) est le modèle de référence du Conseil international des infirmières pour guider l'implantation des rôles en pratique avancée infirmière (Conseil International des Infirmières., 2008).

2.3.2.1. Présentation du modèle PEPPA

Fondé sur une synthèse de la littérature internationale publiée (Bryant-Lukosius et al., 2004), le cadre PEPPA décrit un processus en neuf étapes, participatif, fondé sur des données probantes et centré sur le patient, pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des rôles infirmiers

en pratique avancée (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). Ce cadre met l'accent sur l'engagement des parties prenantes, y compris les patients, à chaque étape du processus, afin d'éliminer les obstacles communs et évitables à la mise en œuvre efficace des rôles infirmiers en pratique avancée. Les principales caractéristiques sont l'identification des besoins non satisfaits des patients en matière de santé, l'accord des parties prenantes sur les priorités, les activités et les résultats du rôle pour améliorer le modèle de soins existant, et l'élaboration de plans de mise en œuvre et d'évaluation du rôle (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Dans le modèle PEPPA, les principes de la recherche action sont mis en place pour promouvoir de manière équitable le pouvoir et pour améliorer les contributions des infirmières, des patients et des autres parties prenantes au développement du rôle des IPA. Les principes de la recherche action participative que l'on retrouve dans le modèle PEPPA comprennent : la participation active à des cycles de réflexion-action ; la valorisation de ce que les gens savent et croient ; la recherche, l'analyse, l'apprentissage et la production consciente de nouvelles connaissances de manière collective ; l'action collective en utilisant les nouvelles connaissances pour résoudre les problèmes ; et l'évaluation de l'impact de ces actions.

Le modèle PEPPA se décline en neuf étapes. Les étapes 1 à 6 se concentrent sur la construction du rôle de l'IPA. L'étape 7 consiste à initier le plan de mise en œuvre et à introduire le rôle IPA. Les étapes 8 et 9 comprennent les évaluations à court, moyen et long terme du rôle de l'IPA et du nouveau modèle de soins.

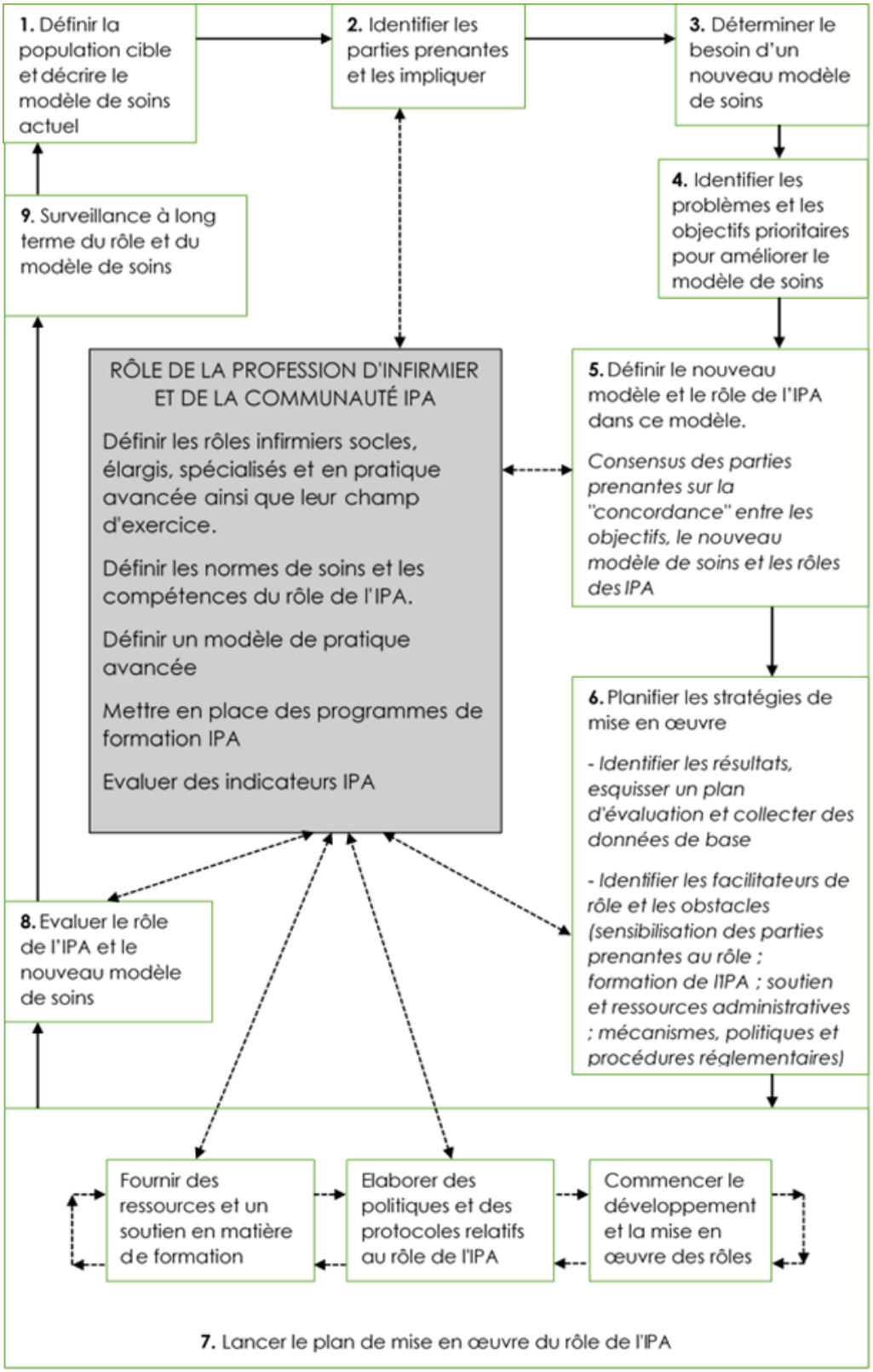

Figure 5: Schéma du modèle PEPPA(Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004) traduction libre

Étape 1 : Définir la population de patients et décrire le modèle de soins actuel.

Le point de départ consiste à décrire le modèle de soins existant, comment les patients et leur famille utilisent ce modèle ? Il s'agit ici de définir précisément quelle sera la population soignée et le parcours de soins existant aujourd'hui.

Étape 2 : Identifier les parties prenantes et recruter des participants

Cette étape consiste à identifier et recruter les parties prenantes du projet d'implantation. Le modèle propose un recrutement large en partant du principe que tous les intervenants ont la capacité de réfléchir à l'amélioration du modèle de soins. Ces parties prenantes peuvent comprendre les patients, leur famille, les associations professionnelles, les professionnels de santé impliqués, les formateurs, l'administration et les autorités de santé. L'implication des infirmiers est primordiale car ils influencent les questions liées à la clarté du rôle, son acceptation, ses limites, les obstacles et les facilitateurs. Il doit y avoir un équilibre entre les points de vue des médecins et des autres parties prenantes car sinon le rôle pourrait prendre une forme trop médico-centrée et délaisser les compétences infirmières.

Étape 3 : Déterminer la nécessité d'un nouveau modèle de soins

Il s'agit ici de mener une réflexion autour des besoins non pourvus. Quels sont les besoins des patients ? Comment les identifier ? Quelle méthode utiliser pour les identifier ou les hiérarchiser ? Les informations peuvent se trouver à travers les résultats d'enquêtes nationales sur les besoins d'une population en particulier. Mais si ce n'est pas le cas, ces besoins pourront être identifiés à travers des enquêtes qualitatives menées par focus group ou entretien. Les besoins une fois identifiés devront être priorisés notamment en les confrontant à la manière dont ils sont comblés ou pas par le modèle de soins actuel.

Étape 4 : Identifier les problèmes et les objectifs prioritaires

Une fois les besoins identifiés, les parties prenantes doivent faire consensus autour de la priorisation de ces besoins. Les besoins sont transformés en problèmes, et ces problèmes doivent être choisis. Pour établir cette décision commune autour de la priorisation des problèmes, plusieurs méthodes comme le Delphi, les panels de consensus ou le processus de groupe nominal peuvent être utilisées. Quelle que soit la méthode utilisée, un accord solide sur les priorités est important pour l'engagement des parties prenantes dans la résolution des problèmes. Une fois les problèmes identifiés et priorisés, ils doivent être transformés en objectifs. L'identification des objectifs permet aux participants de déterminer ce qu'ils attendent de l'introduction d'une IPA dans le modèle de soins et constitue la base de l'identification des résultats pour évaluer le nouveau modèle de soins et le rôle IPA.

Étape 5 : Définir le nouveau modèle de soins et le rôle de l'IPA

Les participants vont désormais construire un nouveau modèle de soins en y incluant le rôle IPA. Pour construire ce nouveau modèle et le rôle IPA les objectifs préalablement doivent guider le processus. Pour minimiser la confusion des rôles, il est important de clarifier les

perceptions des participants sur l'objectif et les multiples domaines des rôles IPA. Le rôle doit être construit en prenant en compte les objectifs, les compétences de l'IPA et l'existant. Cette méthode permet d'identifier ce pourquoi l'IPA a été mise en place, en prenant en compte ce qu'elle sait faire, et ce qui fonctionne déjà. Un participant étant au clair avec la fonction d'IPA est nécessaire dans le groupe de travail pour recentrer les discussions autour des compétences réelles de l'IPA et éviter les écueils réglementaires notamment. Cette phase peut nécessiter un travail d'enquête auprès de parties prenantes pour identifier les attendus du rôle IPA en adéquation avec ses compétences. Dans tous les cas un consensus autour du rôle IPA est nécessaire pour favoriser son acceptabilité. Ensuite une réflexion autour de l'articulation du rôle IPA au sein de l'équipe de travail doit être menée. Comment va s'établir la collaboration IPA/Médecin, IPA/Infirmière ou IPA/kinésithérapeute ? C'est ainsi que le nouveau modèle de soins apparaitra. Le modèle de soins est affiné au fur et à mesure que les rôles et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe soignante sont clarifiés. Ce processus permet d'aborder les questions liées à la responsabilité, à l'autonomie, à la collaboration, ou à la communication.

Étape 6 : Planifier les stratégies de mise en œuvre

Il s'agit une fois le rôle et le modèle de soins définis de planifier la mise en œuvre. La première étape consiste à prévoir le plan d'évaluation des résultats. Quand est-ce que le nouveau modèle de soins obtiendra des résultats ? Comment les évaluer ?

Ensuite, il est nécessaire d'identifier les facteurs qui vont favoriser la mise en place de l'IPA et les soutiens nécessaires à cette stratégie. Pour faciliter la clarté du rôle, les parties prenantes doivent être informées du nouveau modèle de soins qui sera mis en place. Le choix de la formation IPA est primordiale, il faut s'assurer qu'elle soit de qualité et en adéquation avec l'atteinte des objectifs. Le soutien administratif est crucial pour la mise en œuvre et le développement des rôles IPA, notamment avec la prise en compte des aspects matériels et des questions de ressources humaines. La planification implique selon certains contextes réglementaires l'identification de processus pour soutenir l'autonomie du rôle en ce qui concerne les autorisations des IPA. Si l'IPA dans son contexte national n'a pas le droit de prescription par exemple, alors qu'il est nécessaire pour atteindre les objectifs, il faut planifier la possibilité d'utiliser des moyens juridiques comme les protocoles ou autres procédures pour qu'elle soit autorisée à le faire.

Étape 7 : lancer le plan de mise en œuvre du rôle d'IPA

Idéalement le projet doit arriver au terme de l'étape 7 avec les parties prenantes ayant trouvé un consensus sur le rôle IPA, les futurs IPA formés et embauchés et les stratégies de soutien à la mise en œuvre identifiées et en place. Or l'implantation de la pratique avancée infirmière est un processus continu qui nécessite des allers-retours entre les étapes, et s'inscrit dans le temps long.

Étape 8 : évaluer le rôle de l'IPA et le nouveau modèle de soins

La recherche action participative, principe sur lequel se base le modèle PEPPA implique l'évaluation des actions mises en place. Ici cela se caractérise par l'évaluation du nouveau modèle de soins. L'inclusion du modèle de soins dans cette évaluation permettra de déterminer comment les rôles, les relations et les ressources influent sur les résultats des IPA. Les évaluations initiales du rôle et du modèle de soins IPA devraient se concentrer sur les résultats liés à la sécurité et à l'efficacité, à l'acceptation et à la satisfaction, aux coûts et au transfert de rôle. L'IPA doit collecter l'ensemble des données nécessaires à l'évaluation de son rôle, cela lui permettra de légitimer son action et de promouvoir le développement de la pratique avancée.

Étape 9 : Surveillance à long terme du rôle de l'IPA et du modèle de soins

Des mécanismes de contrôles réguliers de la pertinence du modèle de soins doivent être mis en place. Le suivi à long terme des rôles établis est important pour aider les parties prenantes à maintenir une vision commune du rôle en fonction des besoins des systèmes de soins de santé. Les évaluations à long terme devraient revoir chaque étape du cadre PEPPA et apporter les changements appropriés au rôle, aux soutiens du rôle et au modèle de soins.

Le modèle PEPPA propose un cadre pour faciliter l'introduction des rôles IPA et la construction d'un nouveau modèle de soins. Cette démarche centrée sur les patients en utilisant les données probantes permet d'impliquer les parties prenantes et d'obtenir un consensus sur les objectifs à atteindre en fonction de besoins identifiés. La mise en place d'un tel modèle peut s'avérer complexe à mettre en place, notamment par la mobilisation des différents participants et le temps dédié. Cependant, le modèle est flexible, il peut se mettre en place que sur une partie des étapes, ou sur une seule population soignée. Une de ses difficultés de mise en place réside dans le recrutement des parties prenantes et dans les oppositions notamment médicales que l'introduction de la pratique avancée peut générer. Mais ce modèle facilite l'identification des besoins, des obstacles et des facilitateurs pour la mise en œuvre du rôle IPA. Les administrateurs peuvent ainsi prendre des décisions éclairées vis-à-vis de l'implantation des IPA.

2.3.2.2. Description de l’utilisation du modèle PEPPA dans la littérature

Utilisation du modèle PEPPA avant 2016

Le modèle PEPPA a été publié en 2004 (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). En 2016, une étude a été menée pour analyser la diffusion et l'adoption du modèle PEPPA (Boyko et al., 2016). Une analyse des citations a été menée dans quatre bases de données et au sein de la littérature grise afin de recueillir les articles citant la référence au modèle PEPPA. 164 sources uniques ont été identifiées.

Le modèle PEPPA est le plus fréquemment utilisé pour soutenir des arguments dans un article de recherche universitaire. Plus précisément, le modèle PEPPA a été utilisé dans des articles scientifiques comme cadre théorique pour planifier ou interpréter la recherche (n = 49).

L’étude distingue plusieurs modes d’utilisation du modèle, l’utilisation dans la pratique et l’utilisation dans un cadre politique.

Les citations dans le cadre de la pratique décrivaient l’utilisation du modèle concernant le développement, la mise en œuvre ou l’évaluation du rôle IPA. L’utilisation du modèle PEPPA pouvait s’effectuer au niveau d’un parcours dédié ou au niveau d’une structure de soins. Au niveau politique l’étude a recensé une utilisation pour faire la promotion du modèle PEPPA. Des associations professionnelles, ou des autorités de santé recommandent l’utilisation du modèle.

Si le modèle reste plus largement utilisé comme support ou cadre théorique aux projets de recherche, les publications décrivant son utilisation sont pertinentes. L’article évoque la méthodologie de l’analyse de citation comme efficace pour évaluer la diffusion du cadre, une approche plus théorique permettrait de mieux comprendre la manière dont le modèle est utilisé.

Utilisation du modèle PEPPA après 2016

Objectifs

Dans la continuité des travaux réalisé par Boyko et collègues (2016) sur l’analyse des citations du modèle PEPPA, et pour comprendre l’utilisation qui en était faite, l’objectif de ce travail était de synthétiser les écrits de la littérature décrivant l’utilisation du modèle PEPPA depuis 2016.

Schéma d'étude

Pour étudier le sujet, une revue de littérature intégrative a été menée. Elle comprend l'identification du sujet à étudier, la recherche documentaire, l'évaluation et l'analyse des données au travers de différents outils. La revue de littérature intégrative permet d'inclure des études quantitatives, qualitatives, mixtes et les méta-analyses (Whittemore & Knafl, 2005).

Méthode de recherche et de collecte des articles

Méthode de recherche

La recherche des articles a été effectuée depuis l'élaboration de la question de recherche : « Comment se caractérise l'utilisation du modèle PEPPA dans le processus d'implantation de la pratique avancée depuis 2016 ? ».

La date limite de 2016 a été appliquée pour la sélection des articles. L'année 2016 correspond à la date de publication de l'article de Boyko ayant décrit l'utilisation du modèle PEPPA depuis 2004 (Boyko et al., 2016).

La recherche a été effectuée au sein de la littérature scientifique à travers les bases Medline, web of science, Science direct et Google Scholar.

Pour permettre la sélection des articles sur les différents bases de données sélectionnées, une formulation PICO (INESSS, 2017) de la question de recherche a été réalisée.

Depuis cette formulation PICO, une équation de recherche sous forme de termes MESH a été élaborée : « ((((implementation) OR (program development[MeSH Terms])) OR (program evaluation[MeSH Terms])) AND ((PEPPA) OR (models theoretical[MeSH Terms]))) AND ((nurse practitioners[MeSH Terms]) OR (advanced practice nursing[MeSH Terms])).

Critères d'inclusions et d'exclusions

Pour être inclus, le type d'étude devait correspondre à des études quantitatives, qualitatives, mixtes ou des méta-analyses. Les études devaient explicitement mentionner l'utilisation du modèle PEPPA et décrire la manière dont il a été utilisé pour au moins une étape du processus.

Les études ne respectant pas les critères d'inclusion, imprécises ou non documentées, ont été exclues. Les documents non scientifiques, articles de presse, mémoires, rapports, ont été exclus. Les études mentionnant uniquement le modèle PEPPA plus qui se concentre sur l'évaluation (Bryant-Lukosius et al., 2016) ont été exclues et on fait l'objet d'un autre travail d'analyse.

Résultats

Les titres et les résumés des articles identifiés dans les bases de données depuis les termes MESH, ont été examinés dans un premier temps. Une seconde sélection d'articles a été réalisée après une lecture des textes intégraux. Les différentes étapes de sélection des articles sont reportées dans un diagramme de flux PRISMA (Figure 5) (Liberati et al., 2009). Les articles ont été intégrés et référencés au sein du logiciel de gestion bibliographique ZOTERO.

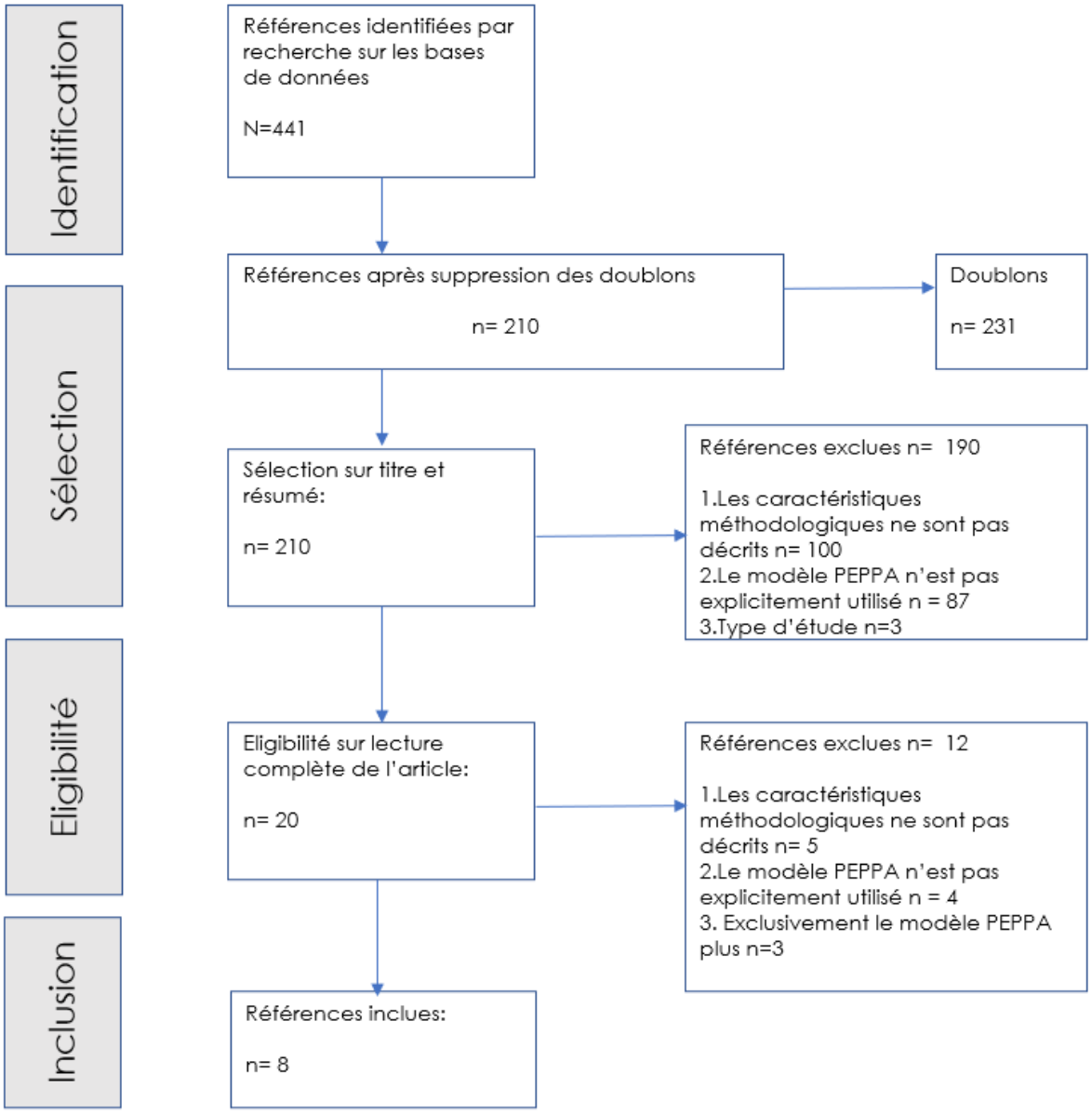

Figure 6: Diagramme de flux de la revue de littérature « utilisation du modèle PEPPA depuis 2016 »

L'analyse des résultats a été menée à partir des trois niveaux d'utilisation identifiés par Bokyo et collègues : La pratique, la recherche et la politique. Les caractéristiques d'utilisation

du modèle et les résultats associés ont été extraits et synthétisés dans un tableau détaillé en Annexe 1.

Whittemore et Knafl (2005) ne préconisent pas que l'évaluation de la qualité des preuves incluses soit essentielle dans une revue intégrative. Toutes les études répondant aux critères d'inclusion, quelle que soit leur qualité méthodologique, ont été retenues dans la revue afin d'examiner tous les caractéristiques de l'utilisation du modèle PEPPA depuis 2016.

Le modèle PEPPA est utilisé à différents niveaux.

Le modèle PEPPA est utilisé à travers le monde entier. Depuis 2016, il a été utilisé en Europe, en Amérique latine, au Canada ou au Moyen orient.

Le modèle est utilisé sur l'ensemble des niveaux du système de santé et par différents acteurs. Les établissements de santé, les universités ou les politiques s'emparent du modèle. En fonction de l'institution qui l'utilise, les objectifs sont différents.

Les établissements de santé utilisent le modèle soit au niveau d'un parcours de soins dédié (Bovero et al., 2018) soit au niveau de l'établissement complet (Ninane et al., 2018). Au niveau d'un parcours de soins précis, l'objectif est de mettre en œuvre le rôle IPA au plus près des besoins d'une population bien précise (Bovero et al., 2018; Schmid-Mohler et al., 2020). Utiliser le modèle PEPPA, dans ce cas-là permet de personnaliser la pratique au plus près du terrain. Les parties prenantes recrutées sont directement impactées par l'arrivée de la pratique avancée, elles connaissent parfaitement les enjeux directs liés au projet. Au niveau de l'établissement entier, le modèle PEPPA permet d'avoir une stratégie d'implantation cohérente. Les évaluations de pratiques menées en phase 8 et 9 permettent de tirer des enseignements pour l'implantation future. Ainsi la stratégie portée par la direction des soins est adaptée, et reste personnalisée aux besoins de la population soignée au sein de la structure (Ninane et al., 2018). En même temps, la stratégie permet de prendre en compte l'IPA dans son futur environnement de travail, notamment avec l'encadrement et la direction. Utiliser le modèle PEPPA au niveau d'un établissement complet permet de créer une ligne commune et tendre vers la création d'une communauté IPA (Ninane et al., 2018).

Les universités s'emparent du modèle PEPPA pour mener des projets des recherche. Le cadre PEPPA est utilisé pour mener des évaluations de l'impact du rôle (Gysin et al., 2019; Keenan et al., 2018; Schoenenberger et al., 2020). Les étapes 8 et 9 sont donc explicitement utilisées comme guide ou comme cadre théorique. Dans ce cas-là, le chercheur n'est plus forcément acteur, le principe de la recherche action s'évanouit au profit de l'évaluateur extérieur. Les objectifs des recherches menées tendent à évaluer le fonctionnement du modèle

de soins (Schmid-Mohler et al., 2020), l'expérience des patients (Schoenenberger et al., 2020), ou la perception du personnel évoluant dans l'environnement de l'IPA (Keenan et al., 2018).

Au niveau politique, le cadre PEPPA est utilisé soit pour rendre compte de la stratégie qui a été menée au niveau national ou international (Aguirre-Boza et al., 2019; Dlamini et al., 2020) ; soit pour proposer un support idéal dans la perspective de développement de la pratique avancée au niveau national (Garvey & McCarron, 2018; Oldenburger et al., 2017). L'utilisation du cadre PEPPA au niveau politique permet de structurer la stratégie, de proposer des lignes directrices, de faciliter l'implantation du rôle dans le système de santé et de le rendre plus efficace pour répondre aux besoins de la population.

Comment le modèle PEPPA est-il utilisé et pour quels résultats ?

Selon le cadre d'utilisation du modèle PEPPA, les applications directes sont différentes. Cependant les étapes sont toujours explicitement citées.

Des disparités existent dans la dénomination des étapes, elles ne sont pas liées au niveau d'utilisation (pratique, recherche ou politique), mais correspondent à des ajustements de ce qui a été réalisé.

Le cadre PEPPA est basé sur la production de données probantes pour légitimer les choix stratégiques faits à chaque étape. La manière dont sont produites ces données diffère, ce qui confirme l'aspect « non prescriptif » et flexible du cadre PEPPA.

Etape 1 : Définir la population de patients et décrire le modèle de soins actuel

Au niveau des établissements, l'étape 1 consiste à décrire le parcours existant. Réaliser cette cartographie de l'existant permet de bien comprendre quels acteurs sont impliqués dans le parcours et quel est leur rôle. Cette étape se caractérise chez Bovero et collègues. (Bovero et al., 2018) par la rédaction du chemin clinique. Ces informations seront réutilisées plus tard dans le processus au moment de la conception du rôle pour éviter les chevauchements de compétences. Cette étape peut être également traitée en utilisant la revue de littérature. Cette méthode permet de décrire la prise en charge d'un type de population, et d'identifier par exemple le manque de soutien dans l'autogestion des patients atteints de BPCO (Schmid-Mohler et al., 2020).

Au niveau politique, pour décrire la population plusieurs moyens sont utilisés. Une description de la santé de la population générale (Aguirre-Boza et al., 2019), l'utilisation des recommandations de congrès internationaux (Oldenburger et al., 2017) ou l'enquête (Dlamini et al., 2020). Ces techniques permettent de cartographier la demande, l'offre de soins et d'identifier les populations prioritaires.

Etape 2 : Identifier les parties prenantes.

Pour poursuivre le processus d'implantation il est nécessaire de recruter les parties prenantes. Au niveau des établissements les parties prenantes sont recrutées dans des groupes de travail. Bovero and al. distinguent deux types de groupes, au niveau macro un groupe élargi qui porte le projet au niveau institutionnel et un groupe au niveau micro plus restreint comprenant les professionnels directement concernés par la future organisation (Bovero et al., 2018). Ces groupes doivent comprendre la direction de soins, des représentants des patients, des paramédicaux et médicaux et de la direction (Garvey & McCarron, 2018).

Au niveau politique, le recrutement des parties prenantes se caractérise par la constitution de réseaux professionnels de soutien et d'échanges (Oldenburger et al., 2017). La construction de groupes de travail au niveau national permet de discuter efficacement de la stratégie d'implantation avec les acteurs politiques concernés (Oldenburger et al., 2017). Pour cela le groupe doit être constitué des sociétés savantes, des représentants politiques, des représentants des différents types de professionnels de santé, ou de l'université (Aguirre-Boza et al., 2019).

Étape 3 : Déterminer la nécessité d'un nouveau modèle de soins.

Evaluer les besoins permet de commencer à orienter la stratégie. Au sein d'un parcours, il est possible de mener des études qualitatives ou mixtes par entretiens avec les patients et questionnaires (Bovero et al., 2018). Ce type de méthodologie permet de mettre en avant par exemple l'insatisfaction du temps passé par les professionnels auprès des patients pour évaluer l'impact de la maladie et du traitement sur la vie quotidienne des patients (Bovero et al., 2018).

Au niveau politique il est possible de mener des enquêtes d'évaluation nationale des besoins pour les identifier et les prioriser ensuite. Ce type d'enquête a permis par exemple d'identifier les pénuries de ressources humaines dans le champ des soins infirmiers spécialisés sur le territoire de l'Eswatini (Dlamini et al., 2020). Des analyses SWOT par des experts de la santé ou des réunions avec les parties prenantes à travers le pays peuvent être conduites (Aguirre-Boza et al., 2019). Ce type de méthode permet d'identifier les différences de point de vue entre les professionnels et les politiques (Aguirre-Boza et al., 2019).

Étape 4 : Identifier les problèmes et les objectifs prioritaires

La méthodologie qualitative semble être privilégiée pour identifier le point de vue des parties prenantes sur le modèle de soins et transformer les besoins identifiés dans les étapes précédentes en objectifs qui vont guider la construction du rôle (Bovero et al., 2018; Schmid-Mohler et al., 2020). Concrètement l'outil de recueil de données utilisé est le focus group auprès des parties prenantes professionnelles couplé avec des entretiens (Bovero et al., 2018; Schmid-Mohler et al., 2020). Ce type d'étude a permis d'identifier par exemple la nécessité de coordonner la

transition entre les secteurs de soins de santé, et le fait que le soutien à l'autogestion devrait être traité par une équipe multi professionnelle (Schmid-Mohler et al., 2020).

Au niveau politique la méthodologie qualitative est également utilisée ou préconisée (Aguirre-Boza et al., 2019). Dans tous les cas, la priorisation des objectifs se fait dans le cadre de réunions avec les parties prenantes (Dlamini et al., 2020), et un soutien international peut être apporté (Oldenburger et al., 2017). Cette méthode permet d'identifier des objectifs comme l'amélioration de la compréhension de la maladie ou de l'observance (Garvey & McCarron, 2018). Fixer des objectifs sur les résultats permet de proposer les meilleures orientations dans la détermination future du rôle IPA (Oldenburger et al., 2017).

Étape 5 : Définir le nouveau modèle de soins et le rôle de l'IPA

Au sein des parties prenantes, l'analyse des recommandations internationales guide les participants avec le référentiel de compétences d'Hamric (Hamric et al., 2018) en soutien pour atteindre un consensus (Ninane et al., 2018). Ce travail permet d'adopter une définition commune de la pratique avancée infirmière sur l'établissement, d'un descriptif de fonction et de penser au rattachement hiérarchique (Ninane et al., 2018).

Au niveau politique, la discussion au sein de groupe de travail a été utilisé (Dlamini et al., 2020) en pouvant faire appel à un soutien des instances internationales pour clarifier le concept d'IPA (Oldenburger et al., 2017). L'objectif de ces discussion est de trouver un consensus autour du rôle IPA (Dlamini et al., 2020; Garvey & McCarron, 2018; Oldenburger et al., 2017). Oldenburger préconise que chaque pays définisse ces propres rôles IPA en fonction de ses propres objectifs (Oldenburger et al., 2017). En Eswatini, ces réflexions ont abouti à une modification du cadre réglementaire en y introduisant les rôles IPA inspirés du modèle américain, et la création d'un programme de formation dédié (Dlamini et al., 2020). Une enquête peut être envisagée pour déterminer au niveau national les compétences centrales de l'IPA et répondre aux objectifs fixés à l'étape 4 (Aguirre-Boza et al., 2019)

Étape 6 : Planifier les stratégies de mise en œuvre

Planifier les stratégies consiste à identifier les facilitateurs à la mise en œuvre du projet. Plusieurs moyens peuvent être utilisés comme une enquête sur les pratiques existantes, un coaching individuel des cadres de santé, la désignation d'un responsable de la stratégie d'implantation, suivre de manière individualisé chaque projet, ou mettre en place une stratégie de communication adaptée à chaque public (Ninane et al., 2018). Cela a pour effet de rassurer les cadres de santé vis-à-vis de leur place dans le nouveau modèle de soins, clarifier les rôles, et mettre en avant la plus-value IPA (Ninane et al., 2018). Au sein de cette étape, Bovero évoque

le lancement du rôle IPA avec la mise en place d'une consultation de suivi, une évaluation pré anesthésique et la mise en place de la coordination interne et externe (Bovero et al., 2018).

Sur le plan national et international, cette étape consiste également à identifier comment favoriser l'implantation de la pratique avancée infirmière. Cela se caractérise par le rassemblements de parties prenantes nationales ou internationales (Aguirre-Boza et al., 2019; Dlamini et al., 2020; Garvey & McCarron, 2018; Oldenburger et al., 2017). Les réflexions doivent favoriser l'acceptation du rôle, l'autonomie, la plus-value de l'IPA, la formation, l' anticipation des ressources matérielles et économiques, la sensibilisation de la population ou l'accompagnement des IPA dans leur prise de poste (Dlamini et al., 2020; Garvey & McCarron, 2018; Oldenburger et al., 2017).

Étape 7 : lancer le plan de mise en œuvre du rôle d'IPA

A cette étape, l'accent peut être mis sur la collaboration et notamment l' identification des pratiques collaboratives comme un soutien à la mise en œuvre du rôle IPA (Bovero et al., 2018). Mais au niveau de l'établissement il s'agit ici de démarrer le déploiement progressif de la pratique avancée infirmière (Ninane et al., 2018). Ce déploiement progressif par département permet de s'adapter aux besoins stratégiques de l'établissement, d'impliquer chaque département et de laisser le temps au cadre de santé de s'adapter (Ninane et al., 2018). En parallèle, un groupe de soutien aux IPA a été créé pour partager les expériences, les préoccupations et les outils communs (Ninane et al., 2018).

Au niveau international cette étape est l'occasion de solliciter un soutien pour la mise en œuvre du rôle (Oldenburger et al., 2017). Au niveau national, il s'agit d'évaluer les programmes de formations en sciences infirmières pour rédiger un programme de formation dédié, et de créer un référentiel IPA qui permettra d'influencer les décideurs (Oldenburger et al., 2017).

Étape 8 : évaluer le rôle de l'IPA et le nouveau modèle de soins

Il s'agit de mener un monitoring de l'implantation en établissant une cartographie de l'introduction des IPA (Ninane et al., 2018). Cette méthode a permis de mettre en avant l'arrivée de 48 postes IPA sur l'établissement en 6 ans au sein de tous les départements, de se rendre compte de la prédominance de l'activité clinique de l'IPA dans son rôle et de la variabilité entre les postes dans le transfert de connaissance et d'un morcellement de l'activité (Ninane et al., 2018). Il est possible dans cette étape de mener une enquête de type « avant-après » pour évaluer l'impact et les perceptions du personnel infirmier et des médecins (Keenan et al., 2018). La mise en place d'un questionnaire avant le déploiement des IPA et après a permis d'identifier l'augmentation significative du flux des patients, de la satisfaction du personnel ou de la communication (Keenan et al., 2018).

Au niveau international, Oldenburger propose un soutien des instances pour développer des projets de recherche qui mesureraient l'impact global de la stratégie mise en œuvre (Oldenburger et al., 2017)

Étape 9 : Surveillance à long terme du rôle de l'IPA et du modèle de soins

Cette étape consiste à mettre en place un monitoring à long terme et d'évaluer les résultats de l'introduction de la pratique avancée infirmière (Ninane et al., 2018). La méthode de « l'avant-après » semble efficace pour évaluer l'impact des rôles IPA sur les patients et le système de santé (Ninane et al., 2018). Cependant c'est une méthodologie qu'il faut anticiper car le « avant » est parfois complexe à identifier (Ninane et al., 2018). Le rayonnement scientifique qui découle de ces recherche est à mettre en avant pour légitimer les postes IPA et favoriser son déploiement (Ninane et al., 2018).

Cette étape s'avère nécessaire pour affiner les rôles, partager les expériences et accompagner d'autres régions à mettre en place la pratique avancée infirmière (Oldenburger et al., 2017).

Conclusion

Le modèle PEPPA est utilisé par différents types d'institution qui s'emparent du modèle pour des objectifs différents. Les établissements de santé l'utilisent pour implanter directement des IPA au sein d'un pôle, d'un service voire de la structure entière ; les universités pour produire des données probantes, et les instances politiques pour accompagner le déploiement de la pratique avancée au sein d'un Etat ou d'une région.

Le modèle en lui-même est utilisé différemment, il est possible d'utiliser les 9 étapes du cadre, ou seulement quelques-unes, et même de commencer par une étape intermédiaire. Les méthodes également diffèrent. Au sein de chaque étape plusieurs méthodes peuvent être utilisées : nous retrouvons l'utilisation de méthodes quantitatives, qualitatives, mixtes, des revues de littératures, ou des réunions d'experts.

Si les méthodes utilisées sont différentes, la volonté de produire des données probantes et de centrer l'implantation du rôle IPA sur le patient est présents dans toutes les situations. Cela témoigne de la possibilité d'utiliser le modèle PEPPA de manière flexible, l'essentiel étant dans le respect de ses principes et lignes directrices.

2.3.3. L'évaluation de la pratique avancée infirmière

La pratique avancée infirmière est développée pour apporter une réponse à des problèmes de santé d'un patient ou d'une population de patients. Mais son déploiement est aussi utilisé pour améliorer l'efficacité du système de santé en termes de coordination ou d'accès aux soins.

Pour rappel en France la pratique avancée infirmière doit répondre à un double objectif : améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients. Ces bénéfices attendus multiples de la pratique avancée rendent son évaluation complexe.

2.3.3.1. Le modèle PEPPA plus

Pour guider les chercheurs dans ce processus d'évaluation, l'équipe de Denise Bryant-Lukosius a mis au point un cadre issu du modèle PEPPA et consacré à l'évaluation des rôles en pratique avancée : le modèle PEPPA Plus (Bryant-Lukosius et al., 2016). Le modèle PEPPA Plus propose d'accompagner l'évaluation de la pratique avancée (Bryant-Lukosius et al., 2016). Il s'agit d'évaluer le bon indicateur au bon moment. Ce choix s'avère important :de trop nombreuses études dont les résultats ne montreraient pas de différence significative entre une pratique généraliste infirmière et une pratique avancée seraient liés à un mauvais choix d'indicateurs (Bryant-Lukosius et al., 2016).

Le modèle comprend une matrice pour guider les évaluations au cours des trois étapes du développement des rôles. L'introduction est la phase qui va de l'idée à la construction du rôle. La mise en œuvre est la phase de mise en place du rôle pendant laquelle il est nécessaire de s'assurer que les conditions sont réunies pour soutenir le développement du rôle IPA. La troisième phase est celle de la pérennité à long terme, qui se concentre sur le suivi et l'évaluation de l'impact du rôle IPA, l'intégration des IPA dans le système de santé, et l'identification de besoins nouveaux ou continus pour ce rôle (Bryant-Lukosius et al., 2016).

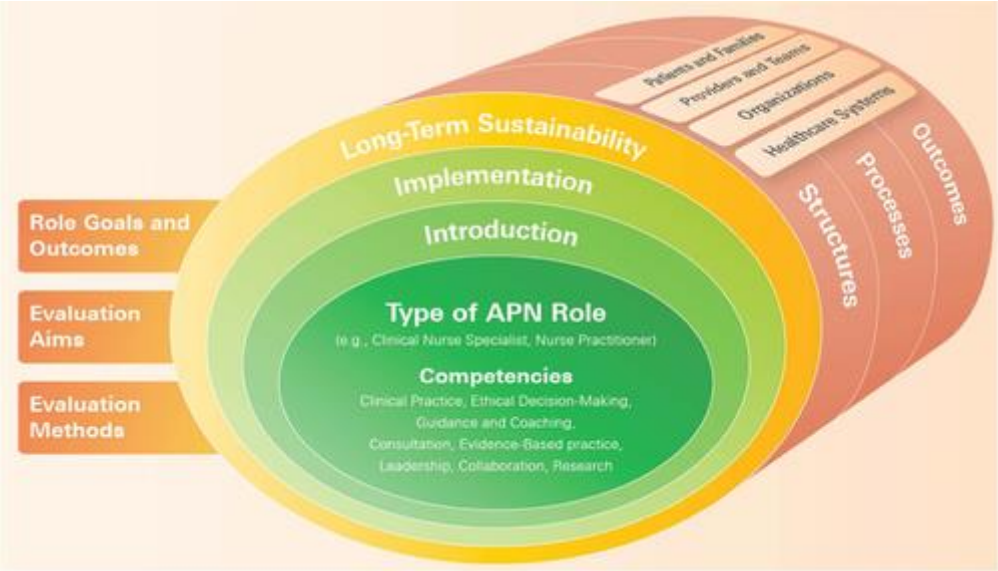

Figure 7:Concepts matriciels clés pour l'évaluation des rôles en pratique avancée (Bryant-Lukosius et al., 2016).

La matrice du modèle PEPPA Plus s'inspire du modèle de Donabedian (Donabedian, 2005) qui fournit des concepts matriciels fondamentaux liés aux " structures ", aux " processus " et aux " résultats ".

Les « structures » sont les facteurs pratiques, humains, physiques et environnementaux qui influencent la façon dont le projet d'implantation de la pratique avancée est mis en œuvre. Il s'agit de comprendre l'environnement global dans lequel se développent les projets de pratique avancée au niveau politique, réglementaire et institutionnel.

Les « processus » font référence à la mise en œuvre du rôle d'IPA ou aux types d'interventions fournis et à la manière dont ils sont fournis. Ce cadre a pour objectif final de promouvoir l'utilisation optimale de l'expertise du champ de pratique IPA, pour cela il doit prendre en compte les activités et les compétences de l'IPA associées.

Les « indicateurs » sont le fruit des « structures » et des « processus ». Le projet d'évaluation sera donc personnalisé en tenant compte de la phase de développement en cours et des indicateurs en lien après avoir exploré les structures et les processus.

Le modèle PEPPA Plus a pour caractéristiques la diversité des objectifs, des questions et des méthodes de recherche. Les objectifs peuvent être d'explorer, de décrire, de comprendre, d'évaluer d'expliquer ou de prévoir les aspects des rôles de l'IPA. Et selon l'objectif, diverses méthodes (quantitatives, qualitatives, mixtes) peuvent être utilisées.

L'utilisation permet, après un examen approfondi de choisir l'objectif, la méthode, la population et les indicateurs appropriés à une phase de développement dans un contexte précis.

2.3.3.2. Utilisation du modèle PEPPA plus dans la littérature

Le modèle PEPPA Plus est un modèle flexible qui permet après avoir exploré les structures, et les processus de choisir les bons indicateurs au bon moment du développement de la pratique avancée infirmière.

Dans la littérature, cela se caractérise par une diversité des objectifs et des populations étudiées. Le modèle PEPPA Plus a été utilisé comme cadre de référence dans des projets de recherche qui cherchait à explorer les expériences des IPA et des médecins généralistes impliqués dans l'introduction de la pratique avancée infirmière (Gysin et al., 2019), ou l'expérience des patients (Schoenenberger et al., 2020), ou encore pour fournir une évaluation qualitative de la structure des modèles de soins choisis (Gysin et al., 2019).

Les trois projets ont été menés dans le milieu des soins primaires, deux en Suisse (Gysin et al., 2019; Schoenenberger et al., 2020) et un en Norvège (Antypas & Kirkevold, 2020).

Pour répondre à ces objectifs, la méthodologie qualitative a été utilisée, en utilisant soit les focus group soit les entretiens (Gysin et al., 2019; Schoenenberger et al., 2020). Un projet a utilisé la méthodologie de l'étude de cas multiple en intégrant dans son analyse des entretiens, de l'analyse de documents et des statistiques démographiques (Antypas & Kirkevold, 2020).

Les résultats sont donc de nature différente. Mais ils fournissent tous une évaluation de la situation du développement de la pratique avancée infirmière à un moment donné. Les résultats permettent de valoriser le travail de l'IPA ou de le légitimer (Gysin et al., 2019; Schoenenberger et al., 2020) et de comprendre les difficultés de mise en œuvre (Antypas & Kirkevold, 2020; Gysin et al., 2019).

Ces projets illustrent la manière dont peut être utilisé le cadre PEPPA Plus, les indicateurs ne sont pas choisis au hasard, le cadre permet de déterminer les indicateurs, les objectifs, la méthodologie. Le cadre permet de structurer le processus d'évaluation de la pratique avancée qui est complexe de par la diversité des choix possibles.

2.3.3.3. L'évaluation de l'implantation de la pratique avancée infirmière.

Pour pouvoir atteindre les objectifs fixés à la nouvelle organisation de soins intégrant un IPA, en termes d'amélioration de l'état de santé des patients, de qualité des parcours, ou d'accessibilité aux soins, l'IPA doit évoluer dans un environnement propice à la mise en œuvre de ses compétences (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Evaluer l'implantation de la pratique avancée s'avère nécessaire pour juger de la qualité de cet environnement (Bryant-Lukosius et al., 2016). Est-ce que ce qui a été mis en œuvre permet à l'IPA d'évoluer dans un environnement au sein duquel elle peut exprimer son savoir et son savoir-faire ?

L'évaluation de l'implantation de la pratique avancée infirmière est décrite soit dans l'étape 8 du modèle PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004), soit à travers la matrice du modèle PEPPA plus (Bryant-Lukosius et al., 2016). Des études de cas ont été menées pour évaluer la manière dont les projets ont été conduits ou leur impact sur les organisations de soins (Antypas & Kirkevold, 2020; McDonnell et al., 2015). Les résultats fournissent des données en lien avec les difficultés rencontrées, les facteurs favorisants, la collaboration, la clarté des rôles et l'impact des transformations engagées.

En France, au moment de la phase de mise en œuvre de la pratique avancée une évaluation de la qualité de l'implantation permettrait d'obtenir un retour d'expérience et de fournir des données dans le but de la poursuite du développement de la pratique avancée infirmière.

Une analyse des structures et processus grâce au modèle PEPPA Plus (Bryant-Lukosius et al., 2016) permet de proposer un modèle comprenant un objectif, une méthodologie et des indicateurs.

La phase de mise en œuvre s'étend sur le territoire national où les projets d'implantation de la pratique avancée se multiplient. Il semble important de savoir si les porteurs de projets suivent les principes issus de la littérature pour assurer une implantation de qualité comme le modèle PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Les activités de l'IPA représentent un enjeu essentiel du rôle IPA (Bryant-Lukosius et al., 2016). Est-ce que les activités développées dans les projets IPA sont en adéquation avec leurs compétences ? Est-ce que les IPA ne sont pas sous utilisées ? Ne sont-elles pas positionnées comme des sous médecins ?

La collaboration interprofessionnelle représente une des compétences qui favorise l'intégration des IPA (Contandriopoulos et al., 2015). Est-ce que les IPA travaillent en collaboration ? Avec quels acteurs ? Sont-elles intégrées dans leurs équipes de soins ?

Ces indicateurs ont été largement évalués séparément dans divers projet de recherche (Boyko et al., 2016; Carter et al., 2010; Foster et al., 2016). Il serait intéressant de les regrouper pour proposer une évaluation générale de la qualité de l'implantation en phase de mise en œuvre de la pratique avancée infirmière. Ce travail sera mené dans la deuxième partie de la thèse en utilisant la méthodologie de l'étude de cas multiple. Les résultats permettront de comprendre comment se sont déroulés les projets d'implantation, quelles sont les activités menées par les IPA, et quel est leur niveau de pratique collaborative.

2.3.3.4. Evaluation de l'atteinte des objectifs

Comme vu précédemment le déploiement des IPA peut contribuer à différentes problématiques du système de santé. Les IPA peuvent améliorer la qualité des soins, participer à l'amélioration du système de soins. Son introduction dans un contexte national est toujours liée à une situation de tension au sein du système de santé publique (Pulcini et al., 2010). Il est alors nécessaire de se poser la question de son efficacité.

Le modèle PEPPA Plus permet à différents niveaux de choisir les indicateurs dédiés (Bryant-Lukosius et al., 2016), et les phases 8 et 9 du modèle PEPPA sont consacrées à l'évaluation (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Au niveau des établissements, des projets de recherche peuvent être menés pour évaluer la plus-value de l'introduction du rôle IPA. Mais au niveau politique, une évaluation doit être menée également pour savoir si le développement de la pratique avancée a permis d'atteindre les objectifs fixés.

Dans tous les cas, et face à une multitude d'indicateurs, un cadre est nécessaire (Bryant-Lukosius et al., 2016). Les indicateurs doivent être choisis après une étude du contexte dans lequel évolue la pratique avancée infirmière.

Le modèle PEPPA prévoit d'établir des objectifs issus des besoins auxquels la pratique avancée infirmière pourrait répondre. Il est donc indispensable de prendre en compte ces objectifs dans la construction des projets d'évaluation. Si par exemple une IPA a été déployée dans un service pour diminuer le délai d'attente d'un premier contact avec la structure, il ne convient pas d'évaluer l'amélioration de l'état de santé. Choisir le mauvais indicateur participe à la confusion sur l'efficacité des IPA vis-à-vis d'une organisation n'en intégrant pas (Bryant-Lukosius et al., 2016). Il est nécessaire également de prévoir le plan d'évaluation à l'avance, dès la conception du rôle (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004), cela permet notamment de recueillir des données dès la prise de poste de l'IPA et de pouvoir mener des études « avant-après ».

Le choix des indicateurs d'évaluation est vaste, dans son ouvrage « Outcome assesment in Advance Practce Nursing » (Kleinpell, 2013), Ruth Kleinpell recence les différents indicateurs d'évaluation en lien avec la pratique avancée infirmière. Elle distingue la manière dont ils doivent être évalués, le milieu clinique, le champ de pratique et propose des outils adaptés.

L'évaluateur, qu'il se positionne au niveau politique, d'un établissement ou d'un service de soins, concevra son projet d'évaluation dès la mise en place du rôle (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004), en utilisant un cadre théorique (Bryant-Lukosius et al., 2016) qui lui permettra de choisir les indicateurs les plus adaptés à son projet (Kleinpell, 2013), et ainsi produire des données probantes qui participeront à l'amélioration de la pratique avancée infirmière et à l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

L'implantation de la pratique avancée infirmière si elle peut contribuer à l'amélioration du système de soins dans son ensemble, représente un projet complexe. L'aspect innovant de son introduction fait que son implantation doit se faire en respectant des principes et un cadre

théorique. Le modèle PEPPA semble être un modèle adapté pour accompagner les acteurs de santé dans leur projet d'introduction de la pratique avancée infirmière. L'évaluation que ce soit de l'implantation ou des résultats obtenus est nécessaire pour légitimer la pratique, comprendre les futurs écueils, et améliorer le développement de la pratique avancée infirmière tant au niveau politique qu'au sein des milieux cliniques.

L'état des connaissances permet d'identifier les enjeux et la complexité de l'implantation de la pratique avancée infirmière. Que ce soit sur ce que l'on peut attendre de cette implantation, la description de cette nouvelle fonction, la manière dont on l'implante ou dont évalue son efficacité, il a été utile dans la perspective de ce projet de thèse de clarifier l'ensemble de ces aspects.

Désormais, il est nécessaire d'ancrer ce travail de recherche au sein d'un cadre disciplinaire et philosophique qui permettra notamment la justification de la méthodologie choisie.

2.4. Ancrage disciplinaire et cadre de référence du programme de recherche

Implanter des nouveaux professionnels de santé dans une organisation de soins en se basant sur les données probantes nécessite une réflexion multidisciplinaire. Cet ancrage est caractérisé dans ces travaux de thèse par l'utilisation du modèle PEPPA dans la conception du programme de recherche, mais également comme cadre de référence dans l'analyse des résultats des différents projets.

Les différents projets de recherche s'ancrent au sein de la santé publique à travers la référence au protocole « d'intervention mapping ». Les sciences infirmières sont mobilisées à travers la référence aux compétences des infirmiers en pratique avancée, de son historique et du modèle de référence d'Ann Hamric. Et enfin le projet de thèse s'inscrit au cœur d'une dimension philosophique notamment pour la partie méthodologique, en faisant référence au concept du pragmatisme.

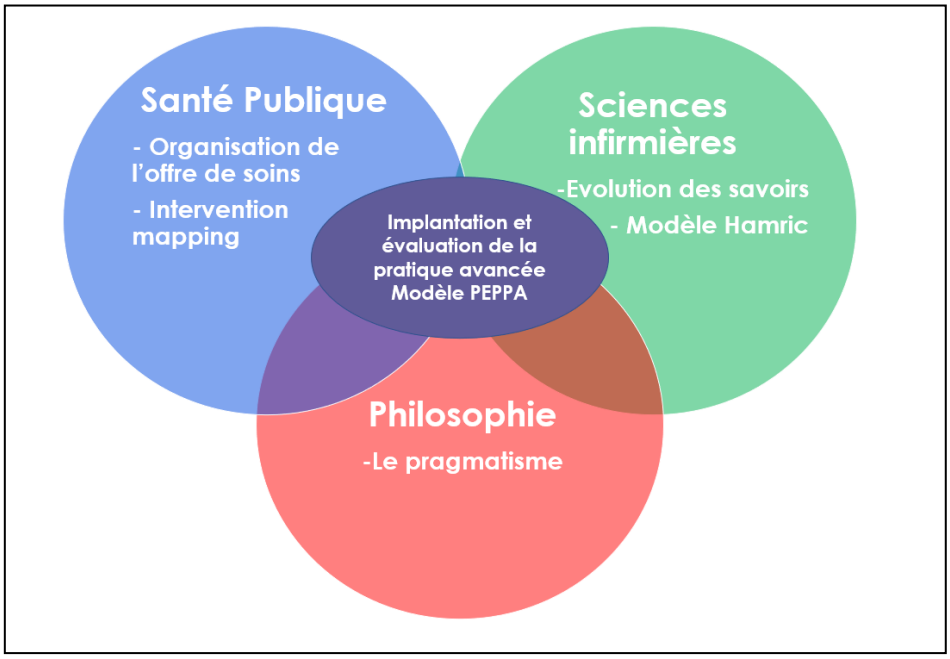

Figure 8:Schéma de l'ancrage disciplinaire des travaux de thèse

2.4.1. Ancrage en santé publique.

Ce projet de thèse s'inscrit au cœur de la discipline de santé publique. L'organisation de l'offre de soins fait partie des missions de santé publique dont l'introduction de nouveaux rôles en santé en est une composante. Implanter la pratique avancée consiste à réorganiser l'offre de soins pour répondre à des enjeux de santé publique.

2.4.1.1. Introduction de nouveaux professionnels de santé et « l'intervention mapping »

Introduire de nouveaux professionnels de santé consiste à modifier l'offre de soins, nécessite de la réorganiser, et doit se justifier par des besoins non pourvus (Bryant‐Lukosius et al., 2004). L'introduction de la pratique avancée infirmière dans l'offre de soins en est une bonne illustration.

Le développement de la pratique avancée infirmière est donc une question de santé publique. Comme le préconise Spitzer, dont les travaux ont inspiré la construction du modèle PEPPA, l'introduction de nouveaux professionnels de santé dans le système doit s'accompagner d'une évaluation : « *Chaque fois que de nouveaux types de praticiens de la santé sont en contact direct avec les patients, on ne saurait trop insister sur l'importance d'une évaluation complète et rigoureuse des situations créées* » (Spitzer, 1978).

Mais de manière plus complète, l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de la pratique avancée à travers le modèle PEPPA, peuvent s'apparenter au protocole de l'*« intervention mapping »,* un modèle de promotion de la santé (Fassier et al., 2016).

L'*« intervention mapping »* est une méthode de planification des programmes en promotion de la santé qui a été développé dans les années 1990 (Bartholomew et al., 1998). Ce protocole est composé de quatre caractéristiques principales dont il est possible d'établir un parallèle avec les principes de l'implantation et de l'évaluation de la pratique avancée détaillés dans ce projet de thèse. A savoir, la formulation des problèmes dans une perspective écologique ; la participation des acteurs concernés ; le recours aux cadres théoriques appropriés en sciences humaines et sociales ; et le recours aux données scientifiques valides (Bartholomew et al., 1998).

Les six étapes du protocole de l' *« intervention mapping »* se retrouvent dans le modèle PEPPA :

Etape 1 : Conduire une évaluation des besoins. Cette étape se retrouve dans l'étape 3 du modèle PEPPA : « *Déterminer la nécessité d'un nouveau modèle de soins. ».*

Etape 2 : Formuler les objectifs du programme. Le modèle PEPPA dans sa quatrième étape « *Identifier les problèmes et les objectifs prioritaires* » montre également la nécessité de formuler des objectifs clairs liés à l'introduction des IPA.

Etape 3 : Choisir les théories et les méthodes d'intervention et 4 : Développer le modèle logique du programme, se retrouvent dans l'étape 5 du modèle PEPPA « *Définir le nouveau modèle de soins et le rôle de l'IPA ».*

Etape 5 : Planifier l'adoption et l'implantation du programme, est comparable à l'étape 6 du modèle PEPPA : « *Planifier les stratégies de mise en œuvre »*

Etape 6 : Planifier son évaluation. L'évaluation est une composante essentielle du modèle PEPPA à travers les étapes 8 et 9, mais aussi avec la publication du modèle PEPPA plus.

L'*« intervention mapping »* est donc un protocole de promotion de la santé, dont les caractéristiques et les étapes successives sont comparables avec celles du modèle PEPPA. Les travaux de thèse en s'intéressant à l'implantation de nouveaux professionnels de santé en prenant le modèle PEPPA comme référence s'inscrivent dans l'évolution de l'offre de soins composante des politiques de santé publique qui est une des mission de la santé publique (Bourdillon et al., 2005).

2.4.2. Ancrage en sciences infirmières

Ce projet de thèse s'intéresse au développement des compétences et des savoirs infirmiers. L'IPA est un infirmier qui évolue dans une pratique avancée de ses fonctions. Cette évolution est aujourd'hui possible grâce au développement de la discipline des sciences infirmières qui à travers les travaux de théoriciennes ont permis de faire évoluer les prises en soins des patients. Il est nécessaire de comprendre l'apport des sciences infirmières dans l'amélioration des pratiques, et le développement de la pratique avancée infirmière.

2.4.2.1. La pratique avancée infirmière est issue du développement des sciences infirmières

Au fil du temps, le développement des sciences infirmières couplé à une plus grande complexité des soins ont fait évolué le rôle de l'infirmier(e) (Tourigny et al., 2010)

Historiquement, la naissance des sciences infirmières est attribuée à Florence Nightingale. Ses travaux lors de la guerre de Crimée en utilisant la statistique pour étudier la mortalité et la morbidité des soldats ou l'insalubrité des campements sont perçus comme précurseurs de cette discipline. Les écrits de Nightingale contiennent la première vision systémique des soins infirmiers à travers l'établissement des « lois de santé » ou « lois des soins ». (Hardy & Dallaire, 2021) Bertha Harmer a publié en 1922 pour la première fois un ouvrage des fondamentaux en soins infirmiers qui propose des principes et des fonctions en soins infirmiers. C'est dans cet ouvrage que pour la première fois le patient est considéré comme un tout le différenciant de la maladie, et que trois fonctions sont proposés aux soins infirmiers : maintien de la santé, prévention et guérison de la maladie (Boschma et al., 2009). A la fin des années 1920, Isabel Stewart a analysé les programmes de formation infirmiers aux Etats unis. Ces travaux ont permis la conceptualisation des soins infirmiers dont se sont inspirés plus tard d'autres théoriciennes américaines (Hardy & Dallaire, 2021).

En 1952, Hildegarde Peplau une infirmière américaine publie *Interpersonal Relations in Nursing : a Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing.* A travers cet ouvrage, elle diffuse le fait que les patients puissent être des personnes capables d'évoluer et d'apprendre de leur maladie. Au sein d'une équipe d'infirmière psychiatrique, Peplau est reconnue pour avoir initié un tournant dans la structuration de la recherche infirmière tant qualitative que quantitative. Elle a intégré la recherche à un programme de formation. Elle faisait notamment la promotion de l'observation participante, qu'elle considérait comme un outil efficace d'amélioration des pratiques professionnelles.

C’est Hildegarde Peplau qui introduit les termes de « pratique avancée » en 1954 en évoquant une « *expertise prenant en compte les avancées et les pratiques nouvellement développées dans l’exercice des soins infirmiers* » (Tourigny et al., 2010). Elle crée le premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques et est à l’origine du concept d’infirmière clinicienne spécialisée (ICS) ou spécialiste clinique (Saftner & Ruud, 2021).

A la fin des années 1950, les travaux de Ida Jean Orlando ont permis de théoriser les soins à partir de la recherche de terrain. Orlando inspira Windenbach dans les années 1960 qui proposa un processus infirmier centré sur la personne et qui s’éloigne du modèle médical mais également l’utilisation des théories pour optimiser les soins (Wiedenbach, 1964) . A la même époque, Faye Abdellah infirmière, professeure dans plusieurs universités américaines présentait sa vision des théories de soins en affirmant que la science devaient en permanence être contestée, que le savoir et les théories devaient être mises au défi et réajustées en fonction des nouvelles théories dans le but de la recherche de la vérité (Abdellah, 1969). Ses travaux ont contribué à inscrire la recherche infirmière dans ses fondements scientifiques.

D’autres travaux, notamment ceux de Hall, Henderson, Levine, Rogers, Orem, King, Neuman, Roy, Watson et Parse ont contribué à cette époque à définir les soins infirmiers, à mieux cibler les besoins auxquels les soins peuvent répondre et les objectifs des soins délivrés (Dallaire, 2015).

Suite aux travaux de ces premières théoriciennes, d’autres travaux ont montré l’intérêt de développer la science au service de la discipline infirmière. en particulier ceux de Schlotfeldt, Ellis, Johnson et Leninger (Dallaire, 2015).

Les concepts qui entourent la pratique infirmière ont été étudiés, notamment grâce à Rodgers (Rodgers, 1989). Puis à partir du début des années 1980 les travaux se sont concentrés sur l’élaboration de théories de soins pour inspirer la pratique directement. Désormais nous assistons également à des pratiques qui visent à évaluer les résultats de soins. Ces démarches sont utilisées par exemple pour légitimer ou démontrer l’efficacité d’une pratique plutôt qu’une autre (Dallaire, 2015).

La pratique avancée est le fruit de ce développement. L’ancrage disciplinaire de ces travaux de thèse au cœur des sciences infirmières permet d’éviter toute confusion. Il est vrai que dans certains milieux de soins, les compétences des IPA s’introduisent dans le champ médical. Le droit de prescription, la réalisation de certains actes en sont les exemples. Cependant, la pratique avancée infirmière est issue d’années de travaux, de réflexions, en lien avec l’amélioration des pratiques, des connaissances. La recherche infirmière a permis, et permet toujours de mettre en

avant les meilleurs soins possibles, et la pratique avancée infirmière correspond à l'acquisition de ce niveau d'expertise issu de sa propre discipline.

Un modèle dédié à la pratique avancée fait référence au sein des sciences infirmières, ce modèle qui permet de définir les compétences d'une IPA est celui d'Ann Hamric.

2.4.2.2. La pratique avancée selon le modèle d'Ann Hamric.

Ann Hamric a conceptualisé la notion de pratique avancée infirmière. Sa conception s'établit en deux temps. En premier lieu elle donne une définition de la pratique avancée :

« *La pratique infirmière avancée est l'application d'un éventail élargi de thérapeutiques pratiques, théoriques et fondées sur la recherche aux phénomènes vécus par les patients dans un domaine clinique spécialisé de la discipline plus large des soins infirmiers* » (Hamric et al., 2018).

Le deuxième temps de la conceptualisation s'efforce de définir des caractéristiques primaires et des compétences fondamentales pour définir le concept de pratique avancée.

La formation supérieure, la certification nationale et la pratique centrée sur le patient représentent les caractéristiques primaires qui sont des conditions nécessaires mais qui ne suffisent pas pour définir une infirmière comme une IPA. Une caractéristique essentielle de la définition de la pratique avancée est la compétence centrale de la pratique clinique directe (Hamric et al., 2018).

La pratique clinique directe représente la compétence centrale de l'IPA. L'IPA est en lien direct avec les patients, elle se distingue par un haut niveau d'autonomie, et par la capacité de gérer des situations complexes. Elle permet de distinguer l'IPA des autres infirmières à compétences élargies. (Hamric et al., 2018).

Les six autres compétences permettent de définir d'avantage la pratique avancée, qui comme le montre la figure 9 s'inscrit dans un environnement qui doit être pris en compte pour assurer sa réussite.

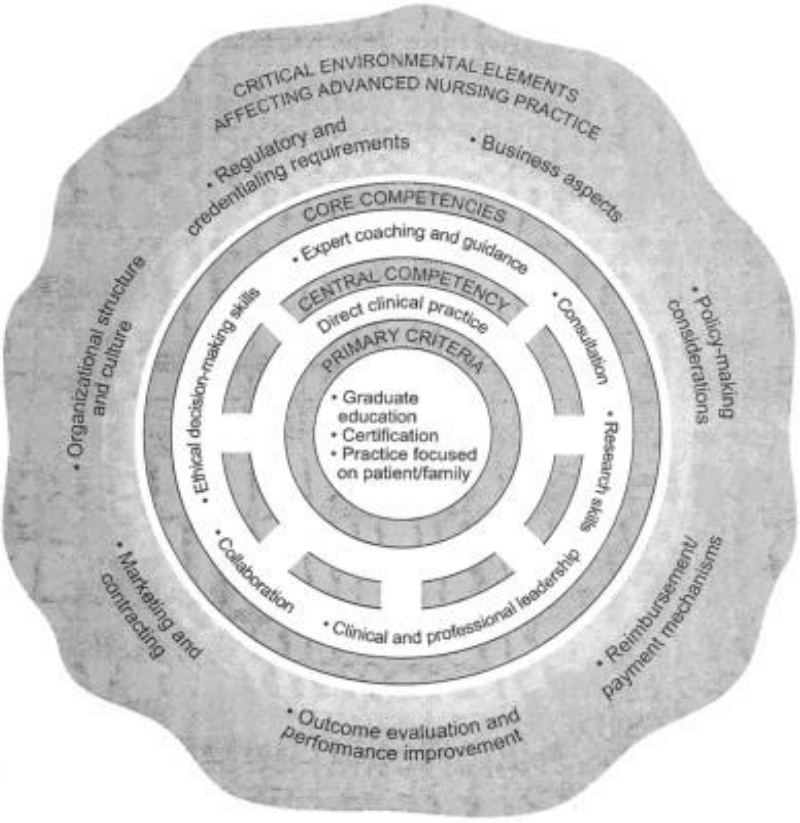

Figure 9:Modèle d'Hamric de la pratique avancée infirmière. Tiré de Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach p42 (Hamric et al., 2018).

La consultation est une compétence qui permet à l'IPA de recueillir des informations de son patient ou de sa famille à travers différents moyens comme l'examen clinique, ou l'entretien. Ces informations participent à la prise en soins holistique du patient et de son environnent (Hamric et al., 2018).

L'expertise et le conseil se caractérisent par la capacité de l'IPA à suivre ses patients, leur délivrer des informations sur leur état de santé ou leur parcours de soins, mais aussi à donner des conseils aux autres professionnels de santé (Hamric et al., 2018).

La recherche en soins fait partie des compétences de l'IPA. L'IPA est capable de mener des projets de recherche après avoir identifié des situations cliniques qui nécessite une réflexion dans un souci d'amélioration de la qualité des soins. Mais aussi, l'IPA diffuse les données scientifique publiées basées sur les preuves et les utilise dans sa pratique (Hamric et al., 2018).

La collaboration est une compétence centrale de l'IPA. L'IPA travaille au sein d'une équipe et à différents niveaux de l'institution, elle doit donc faire preuve de qualités relationnelles et de communication (Hamric et al., 2018).

L'éthique doit faire partie des compétences de l'IPA, qui doit être capable d'analyser les situations et de promouvoir l'analyse critique et les réflexions éthiques au sein des équipes (Hamric et al., 2018).

Le leadership de l'IPA se caractérise par un savoir, un savoir être, un savoir-faire et un savoir agir pour prendre une place de référent(e). Ce leadership peut se mettre en place à différents niveaux au niveau micro (au sein de l'équipe), méso (au sein de l'institution) et au niveau macro (au niveau politique) (Hamric et al., 2018).

Les travaux de thèses s'inscrivent complètement dans le modèle d'Ann Hamric que l'on retrouve notamment dans le contexte français. Le référentiel d'activités et de compétences établi en France pour définir les attendus des IPA propose 6 compétences et 6 activités liées entre elles. (Premier ministre du gouvernement français, 2018a).

La première compétence s'intitule : « *Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention* » ce qui peut être comparé à la compétence « *pratique clinique directe* » ou *« consultation* » d'Hamric. La deuxième, « *Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention* » que l'on peut rapprocher de la compétence *« pratique clinique directe* » à travers l'autonomie et la prise de décision complexe. La troisième « *Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique* » est clairement en lien avec la compétence d'expertise et de conseil d'Hamric. La quatrième « *Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient* » fait référence à la collaboration. La cinquième « *Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique* » fait explicitement référence au leadership. Et la sixième « *Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques* » s'inspire de la compétence « Recherche » du modèle d'Hamric. Seule la compétence d'éthique d'Hamric n'est pas spécifiquement nommée mais elle est disséminée au travers de l'ensemble des compétences du référentiel.

Cette réflexion sur les connivences entre le référentiel de compétences et les compétences d'Hamric nous montre une fois de plus que le développement de la pratique avancée s'ancre bien dans la discipline infirmière et que c'est un élément primordial à prendre en compte notamment dans le cadre de la stratégie d'implantation. Cet ancrage disciplinaire permet de ne pas créer de confusion : ce n'est pas parce qu'un professionnel de santé acquiert des compétences issues du champ médical qu'il devient médecin. Il est le fruit de l'évolution de sa

discipline, et en l'occurrence pour les IPA il devient IPA en acquérant des compétences avancées de sa pratique ancrées dans la discipline infirmière.

2.4.3. Cadre philosophique de la recherche : le pragmatisme

2.4.3.1. Définition du pragmatisme

Le pragmatisme est une philosophie qui consiste à trouver un terrain d'entente à de nombreux dualismes philosophiques. Cette approche peut même aller jusqu'au rejet du principe de dualisme notamment entre rationalisme et empirisme, réalisme et antiréalisme, libre arbitre et déterminisme (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Les termes réalisme constructif ou réalisme symbolique peuvent être utilisés également pour nommer la pensée pragmatique.(Goldkuhl, 2012)

Le pragmatisme positionne l'action humaine comme une base de connaissance. L'étude du champ de l'action permet la modélisation de la pensée. L'action devient le moteur du pragmatiste dans sa volonté de se créer ou de modifier une représentation du monde qui l'entoure (Morandi, 2004).

D'un point de vue ontologique, le pragmatisme reconnait l'action humaine comme moyen de décrire le monde. Le monde physique est important à prendre en compte et se traduit pour les pragmatistes par le langage, la culture, les institutions humaines et la pensée subjective (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Le rejet du dualisme dans le pragmatisme permet de construire des liens entre les différentes pensées et représentations de la réalité (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Pour le pragmatique, la vision du monde peut être unique et partagée par les individus, car il peut exister une graduation des expériences entre deux personnes qui entraine une graduation variable des croyances et donc des visions plus ou moins communes du monde qui nous entoure (Kaushik & Walsh, 2019).

Au niveau épistémologique, le pragmatisme approuve le faillibilisme qui reconnait que les croyances actuelles et les conclusions de la recherche sont rarement, voire jamais, considérées comme parfaites, certaines ou absolues (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Les connaissances sont construites à travers l'expérimentation de l'individu et de son environnement. Le pragmatisme propose d'intégrer l'éclectisme ou le pluralisme en utilisant par exemple des théories et des méthodologies différentes, voire contradictoires si la recherche le nécessite (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Le pragmatisme considère la notion de vérité comme provisoire. Il distingue la grande vérité qui sera celle écrite à la fin de la petite vérité qui n'est que le fruit d'expérimentations transitoires. Mais dans tous les cas, il ne faut pas considérer la vérité comme stagnante et ainsi pouvoir accepter que la vérité d'aujourd'hui n'en soit plus une demain (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Le chercheur doit accepter que la vérité soit une notion qui évolue notamment grâce à la modification des environnements parmi lesquels les sujets évoluent aussi et qu'il faut donc prendre en compte (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Le pragmatisme prend en compte le fait que les organismes s'adaptent en permanence à de nouveaux environnements (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Ce qui doit contraindre le chercheur à réévaluer son jugement en fonction de ces nouveaux environnements et des mécanismes d'adaptation qui en découlent. Ainsi le présent représente un point de départ permanent pour le chercheur qui doit s'efforcer d'améliorer ses connaissances antérieures (Johnson & Onwuegbuzie, 2004) et s'engager dans les changements issus de ses travaux (Goldkuhl, 2012).

D'un point de vue méthodologique, le pragmatisme propose d'utiliser la méthode de recherche la plus appropriée sans se contraindre par un postulat idéologique. A partir du moment où la recherche s'inscrit dans le cadre de l'action et du changement elle est située dans un ancrage pragmatique (Goldkuhl, 2012). C'est l'objectif poursuivi par la recherche qui doit guider le choix de la méthodologie. Du point de vue pragmatique, c'est d'ailleurs l'atteinte des objectifs par les travaux de recherche qui déterminent l'efficacité de l'enquête (Kaushik & Walsh, 2019). Cette vision n'est, par exemple, pas celle de certains chercheurs positivistes qui à travers une vision étroite de la science ne déterminent pas la méthodologie en fonction des objectifs mais de façon systématique sous un angle quantitatif (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Au final, le point de vue pragmatique peut se caractériser par la prise en compte de l'action humaine comme source de connaissance qui permet de rendre compte du monde qui nous entoure en choisissant une méthodologie non pas basée sur des principes idéologiques mais adaptée aux objectifs poursuivis par l'étude.

2.4.3.2. Synthèse du programme de recherche sous la perspective pragmatique

Les objectifs de ce programme de recherche de thèse consistent à explorer la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée avant sa mise en œuvre, puis d'évaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée lors de la phase de mise en œuvre,

pour au final proposer un accompagnement des acteurs de santé dans l'implantation de la pratique avancée infirmière.

Le programme de recherche se détaille donc en deux projets. Le premier projet qui consiste à explorer les perceptions des parties prenantes grâce à une étude qualitative par focus group et entretien a été mené uniquement sous l'angle qualitatif. Le deuxième projet par contre, qui a consisté à évaluer l'implantation de la pratique avancée infirmière, grâce à la perspective pragmatique a favorisé le recueil de données qualitatives et quantitatives en utilisant l'étude de cas multiple. Au sein du deuxième projet, une validation d'outil a été testée, cette validation toujours sous la perspective pragmatique a été menée en utilisant des données qualitatives issues d'une méthode Delphi, et de tests statistiques notamment l'accord inter-observateurs. Le détail de la méthode de l'ensemble du programme de recherche est détaillé ci-après.

Ce programme de recherche s'intéresse à la manière dont les acteurs de santé perçoivent ou s'approprient le développement de la pratique avancée. Ces travaux s'inscrivent donc dans l'étude de l'action humaine pour signifier de la vision d'un phénomène, ce qui correspond à un des fondement du postulat pragmatique.

Le rejet du dualisme à travers l'approche pragmatique se caractérise dans ce projet par le choix méthodologique qui semble le plus approprié. Se cantonner à une approche méthodologique qu'elle soit quantitative ou qualitative n'aurait pas permis de répondre aux objectifs du travail de thèse. Nous avons utilisé la méthode la plus adaptée aux besoins de chaque étude en fonction de ses objectifs. L'étude de cas multiple qui permet de cumuler les outils de recueils de données nous a fourni des données quantitatives et qualitatives, l'étude sur la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée n'a utilisé qu'une méthode qualitative. La validation de la grille d'observation a été menée en utilisant des données quantitatives et qualitatives. C'est donc bien l'approche pragmatique qui nous a empêchés de nous enfermer dans un dogme et permis d'éviter de privilégier une approche plutôt qu'une autre seulement par idéologie.

Implanter la pratique avancée infirmière représente un projet de santé publique déjà mis en place dans de nombreux pays et dont la littérature a déjà largement fait écho. Cependant la perspective pragmatique de ce projet prend en compte le fait que les environnements dans lesquels évoluent les organismes ne sont pas figés et sont à considérer. Ainsi, ce programme de recherche s'appuie sur les recherches antérieures publiées dans différents pays pour créer de nouvelles vérités en France au sein d'un environnement aux enjeux différents. De la même manière, nous nous sommes efforcés dans l'ensemble des études menées à diversifier les

environnements de recherche notamment en assurant une représentativité des différents domaines d'interventions IPA et en prenant en compte leurs spécificités.

L'approche pragmatique a donc guidé ce programme de recherche à travers ses choix méthodologiques adaptés aux objectifs, l'étude de l'action humaine comme source de connaissance, et la considération des environnements de recherche à un nouvel environnement afin de produire de nouvelles vérités elles-mêmes transitoires, évolutives et non absolues.

3. Méthodologie du programme de recherche

Le projet de thèse pose la question de l'accompagnement des acteurs de santé vis-à-vis de l'implantation et de l'évaluation de la pratique avancée en France. Pour y répondre, plusieurs objectifs ont été établis, correspondant à deux projets de recherche comportant en tout trois études qui ont été menées à deux moments différents mais étroitement liées.

Le premier projet de recherche est une étude exploratoire de la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée.

Le deuxième consiste à évaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée et comporte deux volets, à savoir l'adaptation et la validation d'une grille d'observation des activités IPA, puis une étude de cas évaluant la qualité de l'implantation de la pratique avancée.

La méthodologie utilisée sera présentée et détaillée ci-après pour chaque projet.

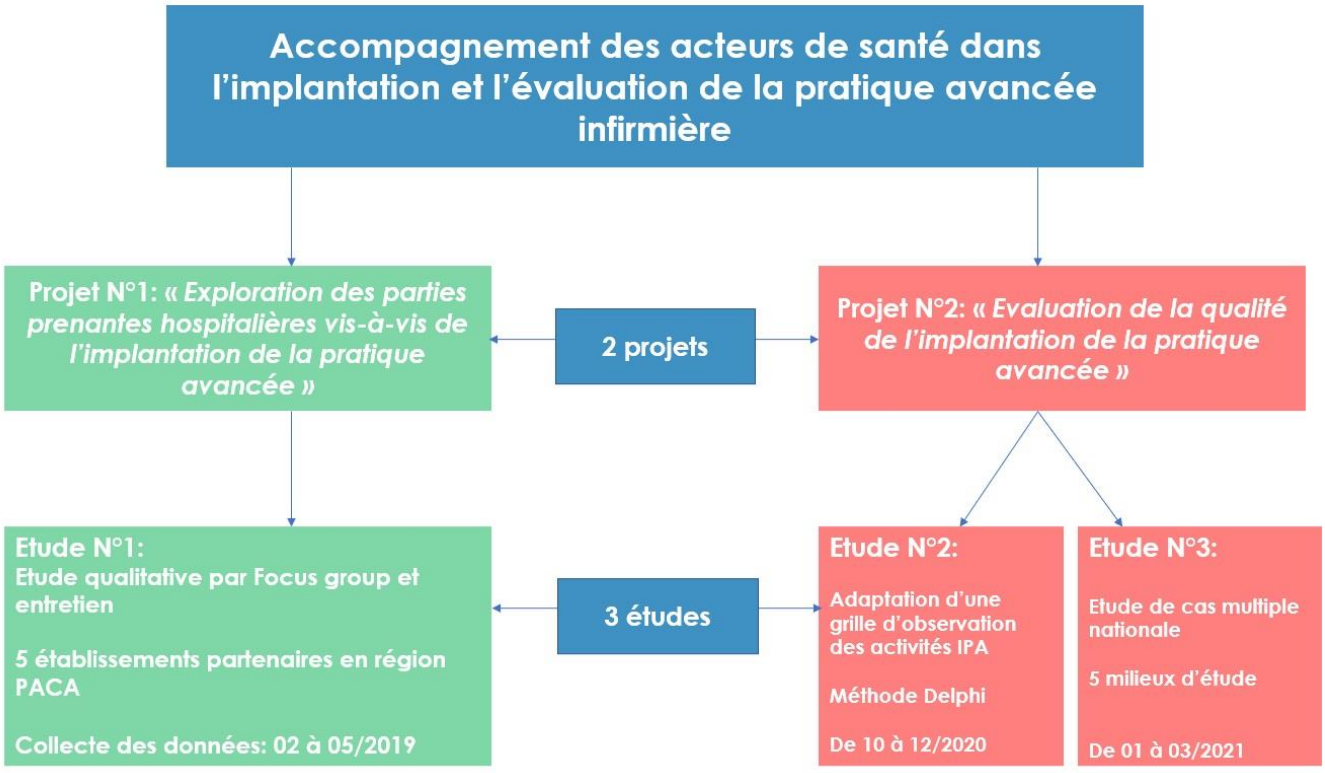

Figure 10: Schéma d'étude du programme de recherche

3.1. Méthodologie de l'Etude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée

3.1.1. Objectifs

Cette étude a pour objectif principal d'explorer la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des IPA afin de proposer des recommandations adaptées au contexte hospitalier français pour permettre une implantation des IPA de qualité à l'hôpital.

3.1.2. Schéma d'étude

Une étude qualitative multicentrique à visée exploratoire par focus group et entretiens a été menée au sein de cinq établissements hospitaliers de la région PACA. Cette méthodologie a été retenue, car il s'agit de la plus adaptée pour explorer les perceptions des parties prenantes (Murray et al., 2010) vis-à-vis de l'implantation de nouveaux rôles (26).

3.1.3. Population

Les cinq établissements partenaires hospitaliers étaient répartis comme suit : un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), deux Centres Hospitaliers (CH), un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), et un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC).

Les parties prenantes hospitalières ont été réparties en différents groupes de population, à savoir les encadrants paramédicaux, les médecins, les infirmier(e)s, les patients, et les infirmier(e)s sous statut étudiant IPA. Les focus group ont été menés par catégorie professionnelle pour pouvoir ensuite confronter les points de vue, mais aussi pour éviter une éventuelle influence d'un groupe de professionnel sur un autre. Les patients ont été interrogés par entretiens semi-directifs pour garantir la confidentialité liée à l'évocation éventuelle de la pathologie pour laquelle ils étaient suivis.

Pour être inclus dans la recherche, les encadrants paramédicaux devaient exercer en qualité de cadre de proximité, faisant fonction de cadre, cadre supérieur ou directeur des soins. Les infirmier(e)s pour être inclus(e)s devaient exercer en tant qu'infirmier(e) en unité de soins, infirmier(e) expert(e) ou infirmier(e) coordinateur(trice) à plein temps sur une des structures

partenaires. Les participants devaient exercer à mi-temps au moins pour garantir leur implication dans la structure. Et l'ensemble des professionnels devaient évoluer au sein d'un service ou d'un pôle compatible avec l'implantation de la pratique avancée selon les textes du 18 juillet 2018.

Les patients devaient être membres d'une association de représentants d'usagers, d'un comité patient, ou de la Commission Médicale d'Etablissement et suivis dans un établissement partenaire pour au moins une des pathologies compatibles avec l'implantation de la pratique avancée selon les textes du 18 juillet 2018. Le choix de ce profil de patient a été fait car leur expérience acquise permettait d'avoir déjà une perception de la pratique avancée, Le but n'était pas de rencontrer des individus avec une problématique de santé spécifique, mais des patients avec une vision globale des soins et de l'organisation des parcours, avec une expertise particulière. Une liste de patients issue des instances des établissements a été constituée à partir de leur statut d'usager expert. Les patients ont été contactés par l'équipe de recherche pour leur présenter le projet afin qu'ils puissent consentir ou non à leur participation en respectant un délai de réflexion. Il était également convenu que cet entretien ne devait en aucun cas faire l'objet d'information concernant leur santé personnelle.

Les infirmier(e)s sous statut d'étudiant en pratique avancée devaient être inscrits en deuxième année du diplôme d'Etat IPA, à Aix-Marseille Université. Ils devaient être inscrits dans une des trois spécialités proposées dans les textes du 18 juillet 2018.

3.1.4. Collecte des données

Les données ont été collectées entre les mois de février et mai 2019. Le recrutement a été effectué par des infirmier(e)s hospitalo-universitaires en poste sur chaque établissement partenaire. Un mail contenant la notice d'information de l'étude et confirmant la date, le lieu et l'heure du focus group a été envoyé à chaque participant. L'équipe de recherche a pu mener au moins un focus group par catégorie de professionnels pour chacun des établissements. Les focus group ont été menés par l'infirmier doctorant sur le lieu de travail des participants dans une salle dédiée et ont duré entre 45 et 60 minutes. Les focus group concernant les étudiants ont été réalisés sur leur lieu de stage, dans une salle à l'écart du service de soins.

Pour les patients, après un premier contact téléphonique pris par l'infirmier doctorant, un rendez-vous a été convenu pour mener l'entretien après diffusion par mail de la notice d'information de l'étude. Les entretiens ont été menés par téléphone par l'infirmier doctorant et ont duré entre 30 et 45 minutes.

Le guide d'entretien a été construit autour de thèmes similaires, mais adaptés et affinés pour chaque catégorie de parties prenantes. Après identification de la littérature, un premier guide a été élaboré et discuté avec un comité d'expert composé de différentes parties prenantes. Ce groupe était composé de directeurs des soins, cadres, infirmiers, et représentants de l'université. Les guides d'entretien ont été testés et ajustés après consensus de l'équipe de recherche. Les thèmes abordés concernaient la perception de la profession d'IPA, de l'arrivée future de ces professionnels dans les équipes de soins et de la collaboration directe avec l'IPA. La question de la méthode à adopter pour mener un projet d'implantation n'a été abordée qu'avec les professionnels.

3.1.5. Analyse des données

Les données ont été enregistrées numériquement et intégralement retranscrites. L'analyse des données a été réalisée par l'infirmier doctorant, en collaboration avec un directeur des soins, supervisée par un chercheur confirmé en sciences infirmières. Une analyse thématique séquenciée a été menée selon Paillé et Mucchielli (Paillé & Mucchielli, 2016). L'analyse thématique séquenciée, adaptée aux corpus importants, permet une analyse uniforme (Paillé & Mucchielli, 2016). L'analyse thématique dispose de deux fonctions principales : l'une visant à un travail de repérage des thèmes, et l'autre visant à documenter les liens éventuels entre les thèmes, le tout structuré dans un schéma appelé l'arbre thématique(Paillé & Mucchielli, 2016).

Comme préconisé par Paillé et Mucchielli, l'analyse a été menée en deux temps (Paillé & Mucchielli, 2016). Un échantillon du corpus a été tiré au hasard et analysé pour construire une fiche thématique. Cette liste de thèmes a été appliquée ensuite à l'ensemble du corpus en laissant la possibilité de modifier la liste de thèmes initiale. Puis les thèmes ont été regroupés au sein d'un arbre thématique général qui a été construit en mettant en évidence les concordances et les oppositions. Les thèmes et sous-thèmes ont été discutés entre les chercheurs jusqu'à obtention d'un consensus. Les résultats sont synthétisés dans les figures 2,3 et 4. Ces figures présentent le contenu des thèmes et sous thèmes évoqués par catégorie de participants pour chaque rubrique. Ce mode de présentation permet de se rendre compte de la perception d'un groupe de participants et de le comparer aux autres.

3.2. Méthodologie de la validation de l'adaptation transculturelle de la grille « Time and motion tool »

Afin de procéder à la validation de l'adaptation transculturelle de la grille « Time and motion tool », une validation de contenu a été mené. Ce processus s'est déroulé en plusieurs étapes. La traduction de l'outil en utilisant la méthode inversée, la méthode Delphi pour rechercher le consensus autour des items et leur définition, puis une étude pilote pour tester la validité de la grille.

3.2.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude consiste à traduire, adapter et tester la validité de la grille « Time and motion tool » dans le contexte français, permettant d'évaluer la nature des activités des IPA en poste.

3.2.2. La grille "Time and motion tool to Measure Cardiology Acute Care Nurse Practitioner Activities"

Cet outil est une grille d'observation développée par Kelley Kilpatrick dont l'objectif est d' évaluer les activités des IPA aux soins intensifs de cardiologie (Kilpatrick, 2011). Cette grille a été construite face au constat à la fois du manque de fiabilité des méthodes d'auto-évaluation et en reconnaissant les études de temps et de déplacement comme le gold standard en ce qui concerne l'évaluation de l'activité des cliniciens (Kilpatrick, 2011).

La grille a été développé grâce à la combinaison d'une revue de littérature pertinente, de la génération d'items, de la catégorisation des activités de l'IPA en soins intensifs de cardiologie, et d'un entretien avec un IPA exerçant aux soins intensifs de cardiologie (Kilpatrick, 2011).

La grille d 'observation est découpée en sept catégories, pour un total de 30 activités, laissant la place pour des activités dites « autres » ou la possibilité d'ajouter une activité supplémentaire. La définition de chaque activité est associée à la grille, ainsi qu'un programme de formation pour un deuxième observateur (Kilpatrick, 2011).

Le principe de l'outil est de mesurer par l'intermédiaire d'un observateur extérieur le temps passé par l'IPA au sein de chaque activité identifiée dans la grille. L'observateur note l'heure de début et de fin de chaque activité en ayant la possibilité de laisser un commentaire. Les

résultats permettent ainsi de se rendre compte à la fois du temps passé par l'IPA au sein de chaque activité, et de déterminer la nature de ces activités (Kilpatrick, 2011).

La validation de la grille a été étudiée en évaluant l'accord inter-observateur. Deux observateurs ont suivi simultanément deux IPA à 1 mois d'intervalle respectivement pendant 174 et 121 minutes (Kilpatrick, 2011).

L'accord inter-observateur a été estimé en utilisant les activités identifiées à chaque minute, donnant 174 points de données. Le test kappa a été calculé pour évaluer la proportion de l'accord inter-observateur en comparant l'accord inter-observateur pour les 174 points de données. L'accord inter-observateur, kappa (Î), pour le chronométrage et la sélection des activités incluses dans l'outil temps et mouvement était de 0,74, sachant qu'une valeur pour la statistique kappa supérieure à 0,60 est nécessaire pour indiquer un accord inter-observateur substantiel (Stemler, 2004).

Après la première phase d'observation, un entretien a été mené avec le deuxième observateur pour s'assurer de la compréhension des items, puis les définitions ont été examinées et révisées (Kilpatrick, 2011).

Lors de la seconde phase d'observation, 121 minutes d'observation simultanées ont été menées pour un accord inter-observateur de 0,94.

3.2.3. La traduction de la grille

Après accord de l'auteure pour mener une adaptation transculturelle de la grille d'observation sur l'ensemble des domaines d'intervention de l'IPA en France, la traduction a été opérée.

Une traduction inversée a été menée qui est la procédure la plus fréquemment utilisée pour traduire des instruments de recherche d'une langue vers une autre (Jones & Kay, 1992).

Nous avons fait traduire dans un premier temps la grille, les définitions associées et le programme de formation par un traducteur professionnel dont la langue maternelle est l'anglais. Puis nous avons fait retraduire cette version par un traducteur dont la langue maternelle est le français. Les deux versions ont ensuite été comparées et corrigées en faisant intervenir un membre de l'équipe de recherche bilingue français/anglais. Cette méthode a permis d'éviter les erreurs et de contextualiser la version finale de la traduction.

Une version française de la grille, des définitions des activités et du programme de formation a ainsi été établie

3.2.4. L’adaptation de la grille et la recherche de consensus.

3.2.4.1. Justification de la méthode

Afin d’adapter la grille au contexte français, la méthode Delphi a été utilisée pour évaluer la pertinence des activités et catégories, ainsi que le contenu des définitions. La méthode Delphi est une méthode de « *synthèse de l’information et de gestion des discordances scientifiques, destinées à déterminer le niveau d’accord au sein d’un groupe donné* ».(Letrilliart et al., 2009). L’objectif est d’obtenir un consensus en consultant de manière individuelle et anonyme un panel d’experts (Helmer-Hirschberg, 1966).

Dans le cas de l’adaptation de la grille d’observation « Time and motion », l’utilisation de la méthode Delphi se justifie pour atteindre l’objectif de l’adaptation transculturelle de l’outil par des experts.

3.2.4.2. Sélection du panel d’experts

« L’expert est toute personne ayant une bonne connaissance pratique politique, légale ou administrative d’un sujet précis et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d’acteurs auquel elle appartient » (Bourrée et al., 2008).

Un échantillonnage raisonné par réputation a été mené pour sélectionner les experts. Des critères d’inclusions ont été déterminés. Pour pouvoir être inclus, l’expert devait être IPA diplômé, en poste, être impliqué dans une association professionnelle dédiée à la pratique avancée ou enseigner dans un programme de formation délivrant le diplôme d’Etat en pratique avancée.

Afin d’assurer une représentativité du contexte de la pratique avancée en France, les experts ont été sélectionnés dans différents milieux cliniques (hospitalier, ambulatoire), dans des structures aux statuts juridiques différents (privé, public, libéral), et dans tous les domaines d’intervention IPA.

Au final, 12 experts ont été sollicités par téléphone ou courrier électronique. 9 provenant chacun d’une structure différente ont donné leur accord pour participer à cette étude après diffusion du consentement et de la notice d’information.

3.2.4.3. Méthodologie employée

La version traduite de la grille d’observation sous forme d’un tableau Excel et les définitions associées ont été transmises à chacun des experts de façon anonyme.

Pour le premier tour, les experts devaient retourner la grille d'évaluation après l'avoir remplie selon les consignes qui étaient détaillées dans une fiche explicative.

L'expert devait attribuer une note de 1 à 10 dans la colonne dédiée à chaque item numérotés de 1 à 32. Il pouvait modifier l'intitulé de la catégorie, laisser un commentaire pour chaque item (obligatoire si note inférieure ou égale à 4/10), proposer une modification pour chaque item que ce soit pour le titre de l'item ou sa définition, proposer des activités non référencées dans la grille (dans ce cas inscrire le nom de l'activité, à quelle catégorie elle se rattache, et proposer une définition).

La case commentaire général permettait d'exprimer un sentiment général sur l'expertise et l'orientation que voulait donner l'expert à ses résultats.

L'expert devait enfin remplir un tableau concernant ses données socio-démographiques qu'il pouvait trouver dans une autre feuille sur le même fichier Excel.

Pour le deuxième tour, une version modifiée a été envoyée aux experts par voie électronique. Les mêmes consignes leur ont été demandées en ajoutant l'obligation d'argumenter tout changement de note de plus de deux points entre les deux tours pour le même item.

La procédure a été arrêtée après le deuxième tour. Une version finale a été proposée aux experts leur laissant la possibilité d'effectuer une dernière modification dans le contenu de la grille ou des définitions d'activité.

3.2.4.4. Analyse des données

Entre chaque tour, les notes obtenues pour les items ont été évaluées en calculant la moyenne et l'écart type. Pour être retenu comme pertinent l'item devait obtenir une moyenne d'au moins 7/10 et un fort consensus arbitrairement obtenu grâce à un écart type inférieur ou égal à 2.

Une analyse textuelle des commentaires concernant le titre des items, des catégories ou des définitions des activités ont permis de comprendre les raisons pour lesquelles certains items étaient jugés ou non pertinents par les experts. Les propositions de modifications ont été analysées pour proposer une version nouvelle de la grille après chaque tour.

3.2.5. Test de la validation de l'outil « Grille d'observation des activités IPA »

Afin de procéder à la validation de l'outil, une étude pilote a été menée.

Deux observations ont été menées à un mois d'intervalle dans le même milieu clinique. Il s'agissait d'observer les activités d'une IPA en poste dans le domaine d'intervention maladie rénale chronique, dialyse, et transplantation rénale.

Les observations ont été réalisées simultanément par deux observateurs : l'infirmier doctorant et une chercheuse experte en sciences infirmières. L'infirmier doctorant a mené un entretien préalable à la première période d'observation auprès du deuxième observateur. Cet entretien avait pour but de présenter la grille adaptée, son fonctionnement, ses catégories, ses items.

La validation de la grille a été testée en en comparant les données issues des deux observateurs en lien avec la répartition du temps passé par l'IPA au sein de chaque activité. Le logiciel Excel a été utilisé en comparant les pourcentages de répartition des activités relevées par les observateurs. Puis l'accord inter-observateur par le test Kappa de Cohen a été mesuré en utilisant le logiciel R après chaque période d'observation.

3.3. Méthodologie de l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée

3.3.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la qualité de l'implantation des rôles en pratique avancée infirmière en France. La qualité de l'implantation des rôles d'infirmière en pratique avancée a été évaluée en abordant ces objectifs spécifiques pour évaluer :

1) Dans quelles mesures les activités du rôle IPA ont été mises en œuvre.

2) Dans quelles mesures les activités des IPA sont alignées avec les attentes des rôles infirmiers en pratique avancée.

3)L'impact des processus de mise en œuvre sur la collaboration entre les IPA et les autres membres de l'équipe de soins de santé, et leur niveau d'intégration.

3.3.2. Schéma d’étude

Afin de répondre aux objectifs de la recherche, une étude de cas multiples a été réalisée (Yin, 2014). La qualité de la mise en œuvre de la pratique avancée est un phénomène complexe en raison de la diversité des besoins en matière de santé de la population de patients et des contextes des milieux de pratique dans lesquels les IPA travaillent. Le Medical Research Council recommande l'utilisation d'une variété de méthodes d'évaluation pour concevoir et examiner des innovations complexes en matière de soins de santé, telles que les rôles infirmiers en pratique avancée (Craig et al., 2013). L'étude de cas favorise une compréhension riche d'un phénomène complexe par l'examen approfondi et la documentation des contextes du monde réel (Yin, 2014). Dans ce travail, l'étude de cas multiples nous a permis d'explorer les processus d'implantation des rôles en les mettant en relation avec la nature des activités, et la collaboration professionnelle des IPA.

3.3.3. Population

La recherche a étudié cinq cas, chacun représentant un IPA dans l'un des quatre domaines d’intervention délimités dans un cadre clinique spécifique comprenant un hôpital universitaire, un centre de lutte contre le cancer, un centre médico-psychologique, un établissement de soins primaires, et un centre de dialyse. Les cas étaient répartis sur l'ensemble du territoire français dans quatre régions différentes.

Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner les cas répondant aux critères d'inclusion, tout en offrant la possibilité d'examiner l’implantation du rôle IPA dans divers domaines de pratique et contextes cliniques. Pour être inclus dans un cas, l'infirmière en pratique avancée devait exercer depuis au moins six mois, avoir une file active de patients suivis et délivrer des soins cliniques.

Dans chaque cas, des participants professionnels ont été interrogés. Les participants devaient répondre à des profils ayant un lien professionnel avec l'IPA, soit au moment de la construction du projet, soit au moment de l'évaluation de l'implantation. Les profils étaient les suivants : membre de la direction de l'hôpital, membre de l'équipe d'encadrement, membre de l'équipe médicale et membre de l'équipe paramédicale.

3.3.4. Collecte des données

Les données ont été collectées de janvier à mars 2021 par l’infirmier doctorant. Il s’est déplacé dans les cinq milieux d’études pendant deux journées minimum après avoir obtenu

l'autorisation d'un responsable de l'établissement. L'infirmier doctorant s'est placé en immersion au sein de l'environnement professionnel de chaque IPA.

Au sein de chaque cas, différents types de recueil de données ont été menés.

3.3.4.1. L'observation

Pour répondre à l'objectif spécifique d'évaluer dans quelles mesures les activités des IPA sont alignées avec les attentes des rôles infirmiers en pratique avancée une grille d'observation des activités IPA a été utilisée. Cet outil est issu de la grille « *instrument de mesure du temps et des déplacements pour évaluer les activités des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) aux soins intensifs de cardiologie* » provenant des travaux de Kelley Kilpatrick (Kilpatrick, 2011). Une adaptation transculturelle de l'outil a été réalisée précédemment avec l'autorisation de l'auteure en utilisant une méthode Delphi, et la validation de contenu lors de cette étude en évaluant l'accord inter-observateur.

Cet outil permet d'évaluer le temps passé par l'IPA observé au sein d'activités correspondant à l'activité de l'IPA, et à des groupes d'activités (Activités cliniques de soins directs, de soins indirects, activités éducatives, activités administratives, activités de recherche et autres.)

L'observateur relevait l'heure de début et de fin de chaque activité en inscrivant le code correspondant. Ce travail a été mené par l'infirmier doctorant au sein de chaque cas, nécessitant l'accord pour chaque patient avant chaque entretien.

3.3.4.2. Les entretiens semi-directifs

Pour évaluer dans quelles mesures les activités du rôle IPA ont été mises en œuvre, l'impact des processus de mise en œuvre sur la collaboration entre les entre les IPA et les autres membres de l'équipe de soins de santé, ainsi que leur niveau d'intégration, des entretiens semi-directifs ont été conduits par l'infirmier doctorant. Les données socio-démographiques des participants ont été recueillies avant de commencer l'entretien. D'une durée de 30 à 45 minutes, les entretiens ont été menés dans un lieu isolé du milieu clinique. Un guide d'entretien a été élaboré à partir de la littérature par l'équipe de recherche composée de l'infirmier doctorant, deux chercheurs confirmés en sciences infirmières, et d'un directeur des soins. Ce guide a été adapté à chaque catégorie professionnelle interrogée (membre de la direction, IPA, médecin, membre de l'équipe pluriprofessionnelle), et testé en amont de la recherche. Les questions du guide d'entretien portaient sur la qualité de l'implantation à travers plusieurs thèmes liés à la qualité de la mise en œuvre du rôle d'infirmière en pratique avancée. Les obstacles ou les facilitateurs de la mise en œuvre du rôle, la formation des IPA, la participation des IPA à la mise en œuvre du rôle, le financement du rôle, les activités liées au rôle des IPA, la collaboration et l'intégration

des IPA dans l'équipe ont été abordés. Des questions supplémentaires pouvaient être posées pendant l'entretien en fonction des réponses des participants. Des questions de relance pouvaient être posées au cours de l'entretien, en fonction des réponses des participants.

3.3.4.3. L'analyse de documents

Afin d'explorer les activités prévues pour le rôle IPA, mais aussi la nature de la collaboration, une analyse des documents en lien avec l'exercice des IPA a été réalisée. Cette analyse portait sur les fiches de postes, et les protocoles d'organisation. En complément, des fiches présentant le projet d'implantation, la lettre de suivi des patients, des présentations de formations menées par l'IPA, des documents présentant l'activité ou l'organisation hebdomadaire de l'IPA ont été recueillis.

3.3.5. Considérations éthiques

Le comité d'éthique d'Aix-Marseille Université a rendu un avis favorable pour le déroulement de cette recherche le 13 novembre 2020, jugeant que le projet était conforme aux règles éthiques et règlementaires.

Après avoir reçu la notice explicative de l'étude, l'ensemble des participants a donné son consentement de participation et les données ont été anonymisées. Les données ont été traitées conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) en vigueur en France.

3.3.6. Analyse des données

Les données quantitatives relatives à l'observation ont été traitées à l'aide du logiciel Excel qui a permis l'établissement d'une analyse statistique descriptive. Les moyennes et écarts types du temps observé par activité et par catégorie d'activité ont été générés.

Tous les entretiens ont été entièrement retranscrits. Le logiciel NVivo V14 a été utilisé pour stocker, gérer, encoder et explorer les données.

Comme préconisé par Yin (Yin, 2014), une analyse thématique intra-cas a été menée après chaque étude de cas . Une analyse thématique séquenciée a été utilisé (Paillé & Mucchielli, 2016). Un échantillon du corpus comprenant les données qualitatives et quantitatives a été tiré au hasard et analysé pour construire une fiche thématique. Cette liste de thèmes a été appliquée ensuite à l'ensemble du corpus du cas en laissant la possibilité de modifier la liste de thème initiale. Un cadre thématique a été établi pour chacun des cas, permettant leur compréhension et leurs subtilités.

Enfin, un cadre thématique commun a été construit en intégrant l'ensemble des thèmes issus de chaque cas. Cette analyse a permis de mener une comparaison inter-cas afin de mettre en évidence les thèmes communs et les particularités de chaque cas.

3.3.7. Validité et rigueur

La triangulation des données de toutes les sources (c'est-à-dire les observations, les entretiens, et les documents) a été utilisée pour garantir la qualité de l'étude et une compréhension détaillée de chaque cas. L'analyse a été menée par trois chercheurs, l'infirmier doctorant et deux chercheurs expérimentés en soins infirmiers. Les cadres thématiques de chaque cas ont été validés sur la base de discussions et de consensus entre les trois chercheurs. La comparaison inter-cas a été menée conjointement par l'équipe de recherche. Pour chaque cas, une base de données spécifique a été créée et un protocole précis de collecte de données a été élaboré. L'examen des données entre les cas a renforcé l'analyse globale et l'identification des liens entre les thèmes (Alexandre, 2013).

4. Résultats

4.1. Article II : Etude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée

Cette étude a été initiée très rapidement après la parution des textes encadrant l'exercice en pratique avancée et la formation menant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

Cette étude a été menée avant que les premiers IPA ne prennent leur poste. Face au manquement d'accompagnement des acteurs de santé vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée et dans le cadre du partenariat ARS PACA-AMU, ce projet de recherche avait pour objectif principal d'explorer la perception des parties prenantes hospitalière. vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée. Ces travaux ont contribué à la construction du guide ARS PACA « Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée » (ARS PACA, 2019).

L'analyse des résultats a fait émerger trois thèmes principaux : le fait que les IPA soient perçus comme une opportunité, le fait que l'implantation de la pratique avancée comportait des risques à différents niveaux et le fait que les parties prenantes hospitalières avaient une conception de la manière dont devait être mené un projet d'implantation de la pratique avancée.

Les résultats sont en adéquation avec le modèle PEPPA détaillé dans la deuxième partie de la thèse et ont permis d'établir des recommandations pour accompagner les parties prenantes hospitalières vers une implantation de qualité.

Cet article a été publié dans Recherche en soins infirmiers en 2021.

ARSi PUBLICATION

Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée

An exploratory study of hospital stakeholders' perceptions on the introduction of advanced practice nurses

Jocelyn SCHWINGROUBER, infirmier, Ph.Dc, Aix-Marseille Université, Marseille, France

Alain LOSCHI, infirmier, directeur des soins, conseiller technique régional, ARS PACA, Marseille, France

Stéphanie GENTILE, médecin, PU-PH, Aix-Marseille Université, Marseille, France

Sébastien COLSON, infirmier puériculteur, Ph.D, maître de conférences, Aix-Marseille Université, Marseille, France

RÉSUMÉ

Introduction : une solution proposée par les autorités pour faire face aux enjeux de santé publique consiste à déployer une nouvelle catégorie de professionnels à compétences élargies : les infirmiers en pratique avancée (IPA). La littérature identifie la complexité des projets de déploiement de ces professionnels. Le modèle PEPPA, approuvé par le conseil international des infirmiers, représente le modèle de référence pour l'implantation des IPA. Les objectifs de cette étude étaient d'explorer la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation des IPA en établissement de santé afin de proposer des recommandations pour accompagner les établissements.
Méthode : une étude qualitative multicentrique au sein de la région PACA a été menée auprès de médecins, encadrants, infirmiers, patients et étudiants en pratique avancée.
Résultats : les IPA représentent une opportunité pour les patients et le système de santé, mais leur implantation comporte des risques liés à leur intégration. Les projets d'implantation IPA doivent être anticipés et favoriser leur intégration.
Discussion : les résultats en adéquation avec le modèle PEPPA ont permis de proposer sept recommandations pour faciliter une implantation de qualité à l'hôpital.
Conclusion : ce travail nécessite d'être poursuivi avec des études en lien avec l'extrahospitalier et l'évaluation de la qualité de l'implantation.

Mots-clés : infirmier en pratique avancée, établissement hospitalier, organisation et administration, implantation, perception.

Pour citer l'article :
Schwingrouber J, Loschi A, Gentile S, Colson S. Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée. Rech Soins Infirm. 2021 Jun;(145):104-21.

Adresse de correspondance :
Jocelyn Schwingrouber : jschwing@hotmail.fr

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

ABSTRACT

Introduction: One solution proposed by the authorities to address public health issues is to deploy a new category of professionals with a greater range of skills: advanced practice nurses (APNs). The literature identifies the complexity of the deployment projects of these professionals. The PEPPA model approved by the International Council of Nurses is the reference model for the introduction of APNs. The objectives of this study were to explore various stakeholders' perceptions on the introduction of APNs into health institutions, in order to propose recommendations to support the institutions.
Method: A multicenter qualitative study was conducted in France's Provence-Alpes-Côte d'Azur region with physicians, managers, nurses, patients, and advanced practice students.
Results: APNs are beneficial for patients and the health system, but their introduction into health institutions brings with it risks, primarily linked to their integration. APN introduction projects need to be well planned and should prioritize their integration.
Discussion: Results consistent with the PEPPA model identified seven recommendations to facilitate the successful introduction of APNs into hospitals.
Conclusion: This work needs to be continued with studies related to the out-of-hospital setting and the evaluation of the successfulness of APNs' introduction.

Keywords: *nurse practitioners, advanced practice nursing, hospital/organization and administration, introduction, perception.*

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des participants professionnels ou non liés à ce projet. Et également les infirmiers hospitalo-universitaires Maryline Bouriquen, Katrin Evans, Guillaume Lucas, Marie Mellinas, Sandrine Rodrigues et Christophe Roman qui ont représenté un lien primordial entre l'ARS, Aix-Marseille Université et les établissements partenaires dans l'organisation de ce travail.

INTRODUCTION

Contexte

En France, le système de santé est confronté à un ensemble d'enjeux de santé publique. La population vieillit, comme le décrit l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) dans son dernier bilan démographique (1). Le nombre de patients atteints de pathologies chroniques augmente significativement (2), ce qui entraîne un accroissement de la demande en soins (3). Ces facteurs nécessitent une réorganisation de l'offre de soins caractérisée par le déploiement massif du virage ambulatoire, ou la considération des parcours de santé et de soins (4). À cela s'ajoute la problématique liée à la difficulté d'accessibilité aux soins et de désertification médicale qui touche un grand nombre de territoires (5).

La création du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) en France est un des leviers apportés par les instances politiques pour répondre à ces enjeux et difficultés de santé publique (6). L'objectif est double : il s'agit d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients, en libérant du temps médical sur des pathologies ciblées (7). Deux vagues de création de mentions se sont déroulées en 2018 et 2019 : Pathologies chroniques stabilisées ; Prévention et polypathologies courantes en soins primaires, dont la liste des pathologies est fixée par arrêté (8) ; Oncologie et hémato-oncologie ; Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale (6) ; et enfin Psychiatrie et santé mentale (9).

Selon les décrets et arrêtés fixant les conditions d'exercice (6), l'IPA correspond à un infirmier ayant élargi et renforcé sa sphère de compétences, notamment sur des activités qui relevaient jusqu'alors de la compétence médicale, comme la prescription ou la demande d'examens complémentaires, l'examen clinique, la réalisation de certains actes techniques, la prescription de produits médicamenteux non soumis à prescription médicale obligatoire, le renouvellement d'ordonnance et l'adaptation de posologie (6). Son rôle est essentiellement clinique, pour assurer le suivi des patients, avec leur accord, adressés par un médecin, en complément de leur suivi habituel. L'IPA exerce également de façon autonome des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage.

Malgré la volonté d'encourager le déploiement massif des IPA en France, comme en témoigne l'annonce du ministère de la Santé et des Solidarités faite lors du discours de clôture du Ségur de la santé qui prévoit 3 000 IPA en France d'ici 2022 (10), aucune recommandation n'a jusqu'ici été prévue pour accompagner l'implantation de ces nouveaux professionnels, ni dans les établissements de santé, ni dans l'organisation des soins de ville.

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

Or la littérature internationale permet d'identifier les enjeux et les stratégies à mettre en œuvre pour réussir l'implantation de ces nouveaux rôles infirmiers dans les milieux cliniques (11). À Singapour, une étude ethnographique a été menée, avec pour objectif d'identifier les questions essentielles soulevées par la mise en œuvre de la pratique avancée (12). Cette étude a montré que malgré la volonté de tous, de grandes difficultés avaient été rencontrées vis-à-vis de l'intégration des IPA, générant des conflits et des tensions. Ces tensions étaient liées à une compréhension trop vague de leur rôle et à l'absence d'un plan coordonné pour mettre en œuvre l'implantation des IPA. Le fait que les rôles IPA soient mal définis par les organisations de santé et non anticipés peut générer une incompréhension de l'activité de l'IPA par l'équipe de soins (13). Cette incompréhension peut engendrer une opposition de certains professionnels voire même de certains patients (14).

Au Canada, il existe des retours d'expériences qui permettent d'identifier l'intérêt d'une planification du rôle d'IPA (15). Les exemples de réussites d'implantation montrent la nécessité de réunir les parties prenantes, pour obtenir un consensus autour de l'activité de l'IPA (15), et le soutien de l'administration (13).

Une implantation de qualité se caractérise à la fois par l'atteinte des objectifs fixés dans l'utilisation du rôle et des compétences de l'IPA, par le développement d'un environnement favorisant le travail en collaboration et l'intégration de l'IPA, mais aussi par l'inscription de ce rôle dans une démarche continue d'amélioration du modèle de soins proposé par l'institution (16). L'implantation de la pratique avancée se distingue des autres fonctions hospitalières par son côté disruptif (17). Les IPA disposent de fonctions qui tendent à modifier l'organisation de soins, selon le niveau d'autonomie et les responsabilités qui leur sont confiés. La mise en place de ces rôles doit s'accompagner d'un projet particulier, qui tient compte de leurs spécificités (16).

Afin de préparer la future implantation des IPA, un groupe de travail a été mis en place par l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) en partenariat avec Aix-Marseille Université. L'objectif était d'établir des recommandations issues des données probantes et d'un consensus d'experts pour orienter la stratégie d'implantation de la pratique avancée des établissements hospitaliers. Cette démarche est d'autant plus intéressante qu'elle s'inscrit dans le cadre d'un projet d'accompagnement du déploiement de la pratique avancée dans la région, dont les premières promotions d'IPA issues des deux universités de la région seront bénéficiaires.

Objectifs

Cette étude a pour objectif principal d'explorer la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des IPA afin de proposer des recommandations adaptées au contexte hospitalier français pour permettre une implantation des IPA de qualité à l'hôpital.

Cadre théorique

Le cadre de référence choisi est le *Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing role development* (PEPPA) (18). Ce cadre s'appuie sur les travaux de Dunn et Nicklin (19), qui ont défini les étapes de l'introduction de nouveaux rôles en pratique avancée dans les hôpitaux canadiens, et de Spitzer (20), qui a défini une stratégie pour l'introduction de nouveaux professionnels de la santé. La fusion de ces deux modèles, complétée par l'intégration des principes de la recherche-action participative, a permis l'émergence d'un guide pour favoriser le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des rôles des IPA au Canada.

Dans le cadre du PEPPA, les principes de la recherche-action participative sont appliqués pour promouvoir une répartition équitable des contributions des parties prenantes dans le développement du rôle des IPA.

Les parties prenantes représentent l'ensemble des personnes qui sont étroitement liées à la transformation du modèle de soins que peut engendrer l'implantation d'une IPA (21). Elles peuvent être issues de différents milieux, les patients peuvent être représentés, et les points de vue médicaux et infirmiers doivent autant que possible être équilibrés (22). La participation du personnel infirmier à la définition de la finalité et des objectifs du rôle de l'IPA s'avère être une condition préalable à la construction du rôle (23). Évaluer les besoins des parties prenantes, leur vision du projet ou leur perception est indissociable d'une stratégie globale d'implantation basée sur la recherche-action participative (24).

La participation active à des groupes de travail, la prise en compte de la perception des participants, la recherche pour produire de nouvelles connaissances ou l'évaluation de l'impact des actions sont les principes pertinents de la recherche-action utilisés dans la mise en œuvre du cadre PEPPA (24).

Le cadre PEPPA propose de suivre des recommandations pour faciliter l'implantation des IPA dans un milieu de soins (18). Ce modèle repose sur neuf étapes (figure 1).

Les étapes 1 à 6 se concentrent sur la construction du rôle de l'IPA. Le principe consiste à construire l'activité de l'IPA après avoir évalué les besoins, identifier les problématiques auxquelles l'IPA pourrait apporter une solution et fixer des objectifs. Les étapes d'évaluation des besoins et de recrutement des parties prenantes sont des moments clés dans le processus d'engagement du projet d'implantation. L'étape 7 consiste à initier le plan de mise en œuvre et à introduire le rôle de l'IPA. Les étapes 8 et 9 comprennent les évaluations à court, moyen et long terme du rôle de l'IPA et du nouveau modèle de soins. Ces étapes permettent d'évaluer la réalisation

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

des objectifs fixés lors de la conception du projet. Un cadre spécifique dédié à l'évaluation, le PEPPA+, a été publié par l'équipe de recherche de Denise Bryant-Lukosius (16).

Les décisions prises par les porteurs de projets permettent de mettre en place un nouveau modèle d'offre de soins personnalisé basé sur des données probantes prenant en compte l'ensemble des parties prenantes et le contexte existant (18). Le modèle PEPPA a fait ses preuves pour accompagner l'implantation de la pratique avancée, il est le modèle recommandé par le Conseil international des infirmières (CII) pour faciliter l'intégration de ces nouveaux professionnels dans les milieux cliniques (25).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Schéma d'étude

Une étude qualitative multicentrique à visée exploratoire par focus groups et entretiens a été menée au sein de cinq établissements hospitaliers de la région PACA. Cette méthodologie a été retenue, car il s'agit de la plus adaptée pour explorer les perceptions des parties prenantes (21) vis-à-vis de l'implantation de nouveaux rôles (26).

Population

Les cinq établissements partenaires hospitaliers étaient répartis comme suit : un Centre hospitalier universitaire (CHU), deux Centres hospitaliers (CH), un Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), et un Centre de lutte contre le cancer (CLCC).

Les parties prenantes hospitalières ont été réparties en différents groupes de population, à savoir les encadrants paramédicaux, les médecins, les infirmiers, les patients, et les infirmiers sous statut étudiant IPA. Les focus groups ont été menés par catégorie professionnelle pour pouvoir ensuite confronter les points de vue, mais aussi pour éviter une éventuelle influence d'un groupe de professionnels sur un autre. Les patients ont été interrogés par entretiens semi-directifs pour garantir la confidentialité liée à l'évocation éventuelle de la pathologie pour laquelle ils étaient suivis.

Pour être inclus dans la recherche, les encadrants paramédicaux devaient exercer en qualité de cadre de proximité, faisant fonction de cadre, cadre supérieur ou directeur des soins. Les infirmiers, pour être inclus, devaient exercer en tant qu'infirmier en unité de soins, infirmier expert ou infirmier coordinateur à plein temps sur une des structures partenaires. Les participants devaient exercer à mi-temps au moins pour garantir leur implication dans la structure. Et l'ensemble des professionnels devaient évoluer au sein d'un service ou d'un pôle compatible avec l'implantation de la pratique avancée selon les textes du 18 juillet 2018.

Les patients devaient être membres d'une association de représentants d'usagers, d'un comité patient ou de la commission médicale d'établissement, et suivis dans un établissement partenaire pour au moins une des pathologies compatibles avec l'implantation de la pratique avancée selon les textes du 18 juillet 2018. Le choix de ce profil de patient a été fait, car leur expérience acquise permettait d'avoir déjà une perception de la pratique avancée. Le but n'était pas de rencontrer des individus avec une problématique de santé spécifique mais des patients avec une vision globale des soins et de l'organisation des parcours, avec une expertise particulière. Une liste de patients issue des instances des établissements a été constituée à partir de leur statut d'usager expert. Les patients ont été contactés par l'équipe de recherche pour leur présenter le projet afin qu'ils puissent consentir ou non à leur participation en respectant un délai de réflexion. Il était également convenu que cet entretien ne devait en aucun cas faire l'objet d'information concernant leur santé personnelle.

Les infirmiers sous statut d'étudiant en pratique avancée devaient être inscrits en deuxième année du diplôme d'État IPA, à Aix-Marseille Université. Ils devaient être inscrits dans une des trois spécialités proposées dans les textes du 18 juillet 2018.

Collecte des données

Les données ont été collectées entre les mois de février et mai 2019. Le recrutement a été effectué par des infirmiers hospitalo-universitaires en poste sur chaque établissement partenaire. Un mail contenant la notice d'information de l'étude et confirmant la date, le lieu et l'heure du focus group a été envoyé à chaque participant. L'équipe de recherche a pu mener au moins un focus group par catégorie de professionnels pour chacun des établissements. Les focus groups ont été menés par l'infirmier doctorant sur le lieu de travail des participants dans une salle dédiée et ont duré entre 45 et 60 minutes. Les focus groups concernant les étudiants ont été réalisés sur leur lieu de stage, dans une salle à l'écart du service de soins.

Pour les patients, après un premier contact téléphonique pris par l'infirmier doctorant, un rendez-vous a été convenu pour mener l'entretien après diffusion par mail de la notice d'information de l'étude. Les entretiens ont été menés par téléphone, par l'infirmier doctorant, et ont duré entre 30 et 45 minutes.

Le guide d'entretien a été construit autour de thèmes similaires mais adaptées et affinés pour chaque catégorie de parties prenantes. Après identification de la littérature, un premier guide a été élaboré et discuté avec un comité d'experts composé de différentes parties prenantes. Ce groupe était composé de directeurs des soins, cadres, infirmiers et représentants de l'université. Les guides d'entretien ont été testés et ajustés après consensus de

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

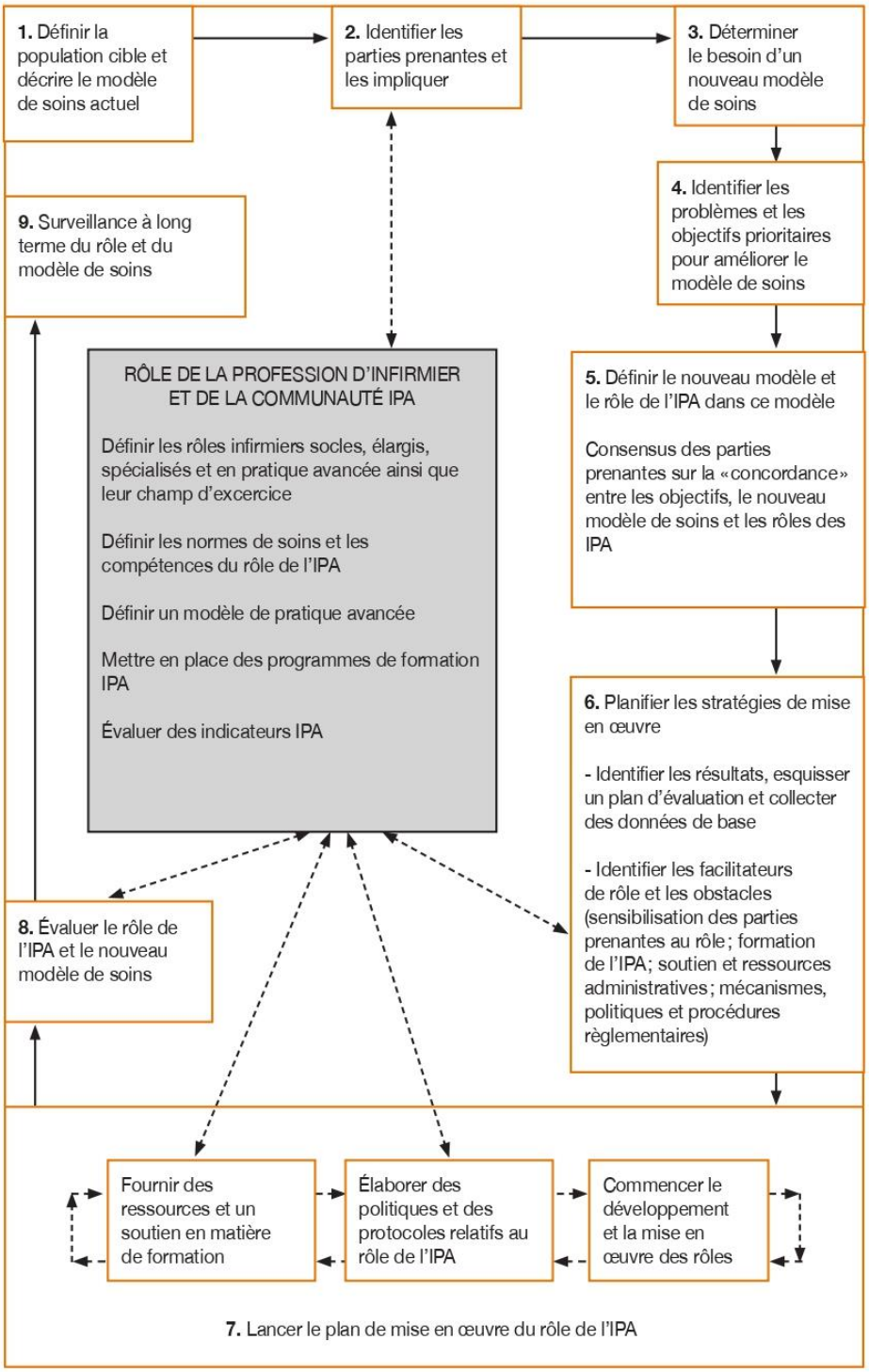

Figure 1.
Schéma du cadre PEPPA [traduction libre, d'après Bryant-Lukosius et DiCenso (18)].

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

l'équipe de recherche. Les thèmes abordés concernaient la perception de la profession d'IPA, de l'arrivée future de ces professionnels dans les équipes de soins et de la collaboration directe avec l'IPA. La question de la méthode à adopter pour mener un projet d'implantation n'a été abordée qu'avec les professionnels.

Analyse des données

Les données ont été enregistrées numériquement et intégralement retranscrites. L'analyse des données a été réalisée par un infirmier doctorant, en collaboration avec un directeur des soins, supervisé par un chercheur confirmé en sciences infirmières. Une analyse thématique séquencée a été menée selon Paillé et Mucceli (27, p.241). L'analyse thématique séquencée, adaptée aux corpus importants, permet une analyse uniforme (27, p.242). L'analyse thématique dispose de deux fonctions principales : l'une visant à un travail de repérage des thèmes, et l'autre visant à documenter les liens éventuels entre les thèmes, le tout structuré dans un schéma appelé « l'arbre thématique » (27, p.236).

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION				
Participants	**Lieu d'exercice**	**Spécialité IPA**	**Ancienneté dans la profession (en années)**	**Ancienneté sur le poste (en années)**
Encadrants (n=33) - Directeurs des soins (n=3) - Cadres supérieurs (n=7) - Cadres de proximité (n=20) - Faisant fonction de cadre (n=3)	Public : 51,5 % (n=17) Privé : 48,5 % (n=16)	PCS* : 42,4 % (n=14) OHO* : 21,2 % (n=7) Néphro* : 21,2 % (n=7) Direction : 30 % (n=10)	Médiane : 15 Q1=9 Q3=19 Moyenne : 15,9 Écart type : 4,8	Médiane : 4,5 Q1=2 Q3=8 Moyenne : 5,6 Écart type : 4,5
Infirmiers (n=21) - Infirmiers en soins généraux (n=17) - Infirmières coordinatrices (n=2) - Infirmières expertes (n=2)	Public : 52,4 % (n=11) Privé : 47,6 % (n=10)	PCS* : 66,7 % (n=14) OHO* : 28,6 % (n=6) Néphro* : 12,1 % (n=4)	Médiane : 8 Q1=6 Q3=15 Moyenne : 10,2 Écart type : 5,8	Médiane : 6 Q1=3 Q3=9 Moyenne : 6,5 Écart type : 4,3
Médecins (n=20) - Chefs de service (n=9) - PU-PH* (n=8) - Praticiens hospitaliers (n=3)	Public : 65 % (n=13) Privé : 35 % (n=7)	PCS* : 30 % (n=6) OHO* : 30 % (n=6) Néphro* : 10 % (n=2)	Médiane : 19,5 Q1=15,75 Q3=23 Moyenne : 19 Écart type : 6,6	Médiane : 5,5 Q1=2,75 Q3=10,5 Moyenne : 7,5 Écart type : 6,1
Étudiants en pratique avancée (n=12)	Public : 41,7 % (n=5) Privé : 25 % (n=3) Libéral : 33,3 % (n=4)	PCS* : 33,3 % (n=4) OHO* : 33,3 % (n=4) Néphro* : 33,3 % (n=4)	Médiane : 13 Moyenne : 14,4 Écart type : 7,2	
Patients (n=6)	Public : 83,3 % (n=5) Privé : 16,7 % (n=1)	PCS* : 83,3 % (n=5) OHO* : 16,7 % (n=1) Néphro* : 0 % (n=0)		

PCS* : Pathologie Chronique Stabilisée prévention et polypathologies courantes en soins primaires
OHO* : Oncologie et hémato-oncologie
Néphro* : Néphrologie, dialyse et transplantation rénale
PU-PH* : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Tableau 1.
Caractéristiques de la population.

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

Comme préconisé par Paillé et Muccieli, l'analyse a été menée en deux temps (27, p.241). Un échantillon du corpus a été tiré au hasard et analysé pour construire une fiche thématique. Cette liste de thèmes a été appliquée ensuite à l'ensemble du corpus en laissant la possibilité de modifier la liste de thèmes initiale. Puis les thèmes ont été regroupés au sein d'un arbre thématique général qui a été construit en mettant en évidence les concordances et les oppositions. Les thèmes et sous-thèmes ont été discutés entre les chercheurs jusqu'à obtention d'un consensus. Les résultats sont synthétisés dans les figures 2, 3 et 4. Ces figures présentent le contenu des thèmes et sous-thèmes évoqués par catégorie de participants pour chaque rubrique. Ce mode de présentation permet de se rendre compte de la perception d'un groupe de participants et de le comparer aux autres.

Considérations éthiques

Le comité d'éthique d'Aix-Marseille Université, dans son avis N°2018-13-06-001, a rendu un avis favorable pour le déroulement de cette recherche, jugeant que le projet était conforme aux règles éthiques et règlementaires. Après avoir reçu la notice explicative de l'étude, l'ensemble des participants a exprimé sa non-opposition, et les données ont été anonymisées. L'étude ne comporte pas de références aux données de santé des patients participants, ni aux données de santé relatives aux patients suivis par les professionnels participants. Les données ont été traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

L'étude a été menée auprès de cinq établissements hospitaliers de la région PACA. L'ensemble des établissements accueillent des infirmiers sous statut étudiant en pratique avancée en stage.

Les participants inclus dans la recherche sont au nombre de 92. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 1. Les infirmiers représentent le groupe avec une ancienneté dans la profession la moins longue avec une médiane située à 8 ans, contre 19,5 pour les médecins, 15 pour les cadres et 13 pour les étudiants. Cependant, l'ancienneté sur le poste occupé actuellement des médecins (moyenne=7,5 années (ET=6,1)), des cadres (moyenne = 7,5 (ET=6,1)) et des infirmier(s) (moyenne = 6,5 (ET=4,5)) est relativement homogène.

Deux focus groups issus des groupes encadrement et infirmier ont été exclus de l'analyse, car les chercheurs n'ont pas obtenu l'autorisation d'enregistrer les séances. Le nombre de séances analysées est de 18 focus groups et six entretiens. Les participants sont composés de 33 encadrants paramédicaux, 21 infirmiers, 20 médecins, 12 étudiants en pratique avancée et six patients.

L'analyse des données a permis de mettre en évidence trois thématiques principales : la perception positive des parties

NOMBRE DE PARTICIPANTS PAR FOCUS GROUP						
Focus group	Encadrement 1	Encadrement 2	Encadrement 3	Encadrement 4	Encadrement 5	Total
Nombre de participants	5	8	5	7	8	33
Focus group	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	
Nombre de participants	4	6	5	3	3	21
Focus group	Médecins 1	Médecins 2	Médecins 3	Médecins 4	Médecins 5	
Nombre de participants	5	3	4	4	4	20
Focus group	Étudiants 1	Étudiants 2	Étudiants 3			
Nombre de participants	4	4	4			12

Tableau 2.
Nombre de participants par focus group.

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

LES PARTIES PRENANTES ONT UNE PERCEPTION POSITIVE DES IPA					
THÈMES ET SOUS-THÈMES	*IDE*	*MÉDECINS*	*ENCADRANTS*	*PATIENTS*	*ÉTUDIANTS*
VALORISATION DE LA PROFESSION IDE					
Nouvelles perspectives d'évolution	+	⊘	+	+	+
Reconnaissance de la profession	+	+	+	+	+
Permet la fidélisation	+	⊘	+	+	+
Reconnaissance légale de pratiques	+	+	+	⊘	⊘
OPPORTUNITÉ POUR LES PATIENTS					
Amélioration de la qualité du suivi	+	+	⊘	+	+
Temps dédié au patient	+	⊘	⊘	+	+
Suivi rapproché	⊘	+	⊘	⊘	+
Prévention	⊘	+	⊘	⊘	+
Diminution des délais de rendez-vous	+	+	+	+	+
Reconnaissance des compétences IDE dans la fonction IPA	+	+	+	+	+
OPPORTUNITÉ POUR LES ÉQUIPES					
Opportunité pour l'équipe paramédicale	+	⊘	+	⊘	+
Ressource	+	⊘	⊘	⊘	+
Possibilité de formation	+	⊘	+	⊘	+
Collaboration	⊘	⊘	+	⊘	+
Opportunité pour l'équipe médicale	+	+	+	⊘	+
Aide médicale	+	+	+	⊘	⊘
Complémentarité	⊘	+	+	⊘	+
Lanceur d'alerte	⊘	+	⊘	⊘	+
Collaboration	+	+	+	+	+
L'IPA créateur de lien	+	+	+	+	+
OPPORTUNITÉ POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ					
Accessibilité aux soins	+	+	+	+	+
Impact sur des indicateurs de santé publique	+	+	+	+	+
Diminution de la durée moyenne de séjour	+	+	+	⊘	+
Baisse de passage aux urgences	⊘	+	+	⊘	+
Diminution des hospitalisations	⊘	+	+	+	+
Amélioration de la coordination ville/hôpital	+	+	+	+	+

Figure 2.
Synthèse des résultats pour la thématique n° 1 : les parties prenantes ont une perception positive des IPA.

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

prenantes hospitalières concernant les IPA, l'identification de risques liés à l'implantation des IPA et la perception des parties prenantes hospitalières de la conception d'un projet IPA.

Pour la présentation littérale des résultats, le verbatim a été codé en identifiant les locuteurs par catégorie de participants : « Med. » pour médecins, « IDE » pour infirmiers, « Cadre » pour encadrants, « Étu. » pour étudiants, « Pat. » pour patients.

Les résultats sont synthétisés au sein de trois tableaux (figures 2, 3 et 4). Ces tableaux permettent de mettre en évidence la présence (+) ou l'absence (ø) d'un thème ou d'un sous-thème par une catégorie de participants.

Les parties prenantes ont une perception positive des IPA

Valorisation de la profession infirmière

La majorité des participants reconnaît que l'acquisition de compétences élargies par les IPA est un moyen de mettre en avant la profession socle. En mettant en lumière les compétences des IPA, ce nouveau mode d'exercice met en avant le savoir-faire, l'autonomie ou le sens clinique de la profession infirmière. La pratique avancée représente alors un nouveau champ d'évolution pour la carrière des infirmiers et un moyen de fidéliser les effectifs. Les infirmiers qui n'avaient pas le projet de mener une carrière dans l'encadrement, l'anesthésie, la puériculture ou le bloc opératoire ont désormais un nouveau moyen d'évolution. D'autre part, les cadres, infirmiers et médecins identifient le fait que l'exercice en pratique avancée permette de légaliser et encadrer des pratiques comme la délégation d'acte ou de prescription qui jusque-là pouvaient être considérées comme déviantes : « L'arrivée de ce nouveau métier représente une réelle opportunité, parce que ce qui peut se faire officieusement aujourd'hui sera rendu légal par un cadre législatif et une formation universitaire » (Cadre).

Opportunité pour les patients

L'exercice en pratique avancée est perçu comme une opportunité pour les patients. Ce nouveau mode de prise en charge est perçu comme un moyen d'améliorer la qualité de suivi des patients. Les patients, notamment, estiment que le suivi va être amélioré par le temps dédié, la mise en place de stratégies de prévention mais aussi par la diminution des délais de rendez-vous : « C'est sûr que nous, nous sommes heureux d'imaginer que nous allons être reçus par des professionnels qui auront le temps de nous écouter, parce que quand on met six mois à obtenir un rendez-vous prévu chez le neurologue pour même pas dix minutes de consultation, on est déçu » (Pat.). Les étudiants en pratique avancée témoignent de la satisfaction des patients suivis lors de leurs stages. Par ailleurs, l'ensemble des catégories de participants reconnaît que les infirmiers représentent la catégorie professionnelle la plus apte à la prise en charge globale grâce à leurs capacités relationnelles et de gestion de l'environnement des patients : « Il faut reconnaître qu'il y a un paquet de trucs qu'on fait mal en ce qui concerne la relation soignant-soigné, et qu'une IPA ferait dix-mille fois mieux que nous » (Med.).

Opportunité pour les équipes de soins

L'IPA est perçu comme une opportunité également pour les équipes de soins. Pour l'équipe paramédicale, l'IPA peut être une ressource en ce qui concerne la formation ou la diffusion des bonnes pratiques : « C'est vrai que si on a besoin d'un renfort sur un domaine où elle s'y connaît, on pourra demander à la cadre une intervention de l'IPA, c'est plus simple qu'avec un médecin » (IDE). L'équipe médicale peut trouver une collaboration directe dans les tâches opérationnelles : « Moi, j'attends de l'IPA qu'elle tienne aussi le rôle de lanceur d'alerte, qu'elle puisse me prévenir suite à son évaluation qu'un patient se dégrade et, comme ça, on pourra réajuster le tir rapidement » (Med.). Mais ce mode de collaboration professionnelle peut prendre également la forme d'une véritable complémentarité entre l'IPA et les membres de l'équipe médicale : « C'est l'occasion qui nous est donnée de pouvoir faire un truc en véritable duo » (Med.). Que ce soit par les équipes médicales ou paramédicales, les IPA sont perçus comme un acteur pouvant favoriser le lien interprofessionnel : « Est-ce que ça a encore du sens aujourd'hui d'avoir euh… des barrières si tranchées entre la partie médicale et la partie paramédicale, surtout quand je vois qu'on travaille vraiment en réseau, ça serait bien de faire tomber tout ça, et l'IPA peut être cet acteur qui peut faire le lien entre nous » (Med.)

Opportunité pour le système de santé

Les parties prenantes hospitalières reconnaissent qu'au-delà de leurs équipes ou leurs patients, les IPA peuvent apporter un réel bénéfice au système de santé. Tous les participants reconnaissent la difficulté actuelle liée à la démographie médicale. Elle se caractérise soit par un manque direct d'effectif : « nous avons divisé notre nombre d'internes par deux en cinq ans » (Med.), soit par une augmentation du nombre de patients à suivre. Les IPA sont alors perçus comme une solution pour y remédier : « Si elle voit les patients stables, déjà ça va nous soulager et améliorer les délais de rendez-vous » (Med.). Mais au-delà de l'accessibilité directe aux soins, certains voient dans l'exercice en pratique avancée la possibilité d'influer sur des indicateurs de santé publique, comme la diminution de la durée moyenne de séjour, le nombre de passages aux urgences ou le nombre de réhospitalisations : « si on prend les recos, les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, ils devraient être vus dans le mois qui suit l'hospit, si on avait une IPA, je peux vous dire qu'on en éviterait des passages aux urgences » (Med.). Les IPA peuvent participer à l'amélioration du système de santé en se positionnant comme un acteur facilitant la coordination ville/hôpital, les patients le remarquent en proposant d'identifier l'IPA comme interlocuteur principal du volet hospitalier.

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

L'IMPLANTATION DES IPA PRÉSENTE DES RISQUES					
THÈMES ET SOUS THÈMES	*IDE*	*MÉDECINS*	*ENCADRANTS*	*PATIENTS*	*ÉTUDIANTS*
RISQUES LIÉS À LA NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS					
IPA accaparées par les médecins	+	+	+	⦸	+
Risque de clivages	+	+	+	⦸	+
Incompréhension du rôle IPA	+	+	+	⦸	+
Manque d'humilité de l'IPA	+	+	+	⦸	⦸
Non-adhésion médicale	+	+	+	⦸	⦸
Concurrence avec cadres/IDEC	⦸	+	+	⦸	+
Absence de statut défini	⦸	⦸	+	⦸	+
Risque de chevauchement des missions	+	+	+	⦸	+
RISQUES LIÉS À LA SOUS-UTILISATION DE LA FONCTION INFIRMIÈRE DES IPA					
Risque de sous-utilisation des compétences IDE de l'IPA	+	⦸	+	⦸	+
Risque d'utilisation des compétences médicales uniquement	+	⦸	+	⦸	+
Risque d'être considéré comme un « sous-médecin »	+	+	+	+	+
Risque d'être considéré comme un interne	+	+	+	+	+
RISQUES LIÉS À LA SÉCURISATION DES SOINS					
Risque de glissement de tâches	+	+	+	+	+
Lié à la méconnaissance des rôles IPA	⦸	+	⦸	⦸	⦸
Nécessité du protocole d'organisation	⦸	+	+	+	+
Risque lié à la formation des IPA	+	+	+	+	+
Formation trop courte	⦸	+	⦸	+	⦸
Rassurés par le niveau de formation	+	⦸	+	+	+
Formation continue nécessaire	+	+	+	⦸	+
Compagnonnage nécessaire	+	+	+	+	+
RISQUES LIÉS AU MODÈLE ÉCONOMIQUE					
Risque de défaut de déploiement des IPA	+	+	+	+	+
Par manque de valorisation pour les établissements	⦸	+	+	⦸	+
Par manque d'attractivité lié à la valorisation salariale des IPA	+	+	+	+	+
Risque que le modèle économique guide l'organisation du modèle d'offre de soins	⦸	+	⦸	⦸	+

Figure 3.
Synthèse des résultats pour la thématique n° 2 : l'implantation des IPA présente des risques.

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

L'implantation des IPA présente des risques

Risques liés à la nouvelle organisation des soins

Au moment de la mise en place de la nouvelle organisation, plusieurs risques peuvent apparaître. Le risque de voir les IPA travailler uniquement avec les médecins est une possibilité mise en évidence par l'encadrement, les infirmiers et les médecins eux-mêmes. De plus, des tensions peuvent apparaître entre l'équipe de soins et l'IPA. Ces tensions peuvent conduire à un profond clivage et à l'isolement de l'IPA dans les équipes. Ces difficultés peuvent être liées à une mauvaise compréhension du rôle de l'IPA. Une concurrence autour du leadership clinique peut se mettre en place entre l'IPA et l'encadrement. L'intégration des IPA peut également être compromise si l'équipe médicale n'adhère pas au profil de l'IPA. L'équipe médicale peut avoir des attentes particulières du profil d'un IPA, à la fois en ce qui concerne son champ de compétence, son positionnement dans l'équipe mais aussi dans l'organisation de son activité. Certains professionnels pensent que si l'IPA manque d'humilité, cela peut représenter une source de conflit : « il ne va pas falloir qu'elle arrive comme une fleur et, sous prétexte de ses deux ans à la fac, venir nous expliquer notre travail, parce que nous, on connaît le job » (Cadre). Enfin, dans la nouvelle organisation, le risque de voir des activités remplacées par l'IPA existe. Ce sujet inquiète les infirmières en poste sur des missions transversales qui craignent que l'IPA les remplace : « Ca fait des années que je fais de l'éducation thérapeutique, si on intègre une IPA, elle va prendre ma place ? Qu'est-ce que je vais faire alors ? » (IDE).

Risques liés à la sous-utilisation de la fonction infirmière des IPA

Un risque lié à la sous-utilisation de l'utilisation des compétences infirmières a également été identifié. Il se manifeste de plusieurs façons. Les cadres et infirmiers mettent en avant le risque que seules les compétences médicales nouvellement acquises soient utilisées. Les IPA seraient alors considérés comme des « sous-médecins », « sous-internes », « genre d'externe ». Certains professionnels sont conscients de ce risque et le déplorent, car cela pourrait créer à la fois une confusion autour de l'identité de la profession, et en même temps dénigrer les compétences liées à la profession infirmière : « il faut quand même que ça ne soit pas un sous-médecin » (Med.). Cependant, certains voient uniquement la possibilité d'obtenir une aide médicale à travers les IPA, voire même de remplacer le travail des internes par celui des IPA : « Pour nous, il faut qu'elle fasse la consult. de l'HDJ non-stop, ça va nous soulager, comme les internes le faisait avant » (Med.). Les étudiants en pratique avancée sont eux plus inquiets du risque de manque de reconnaissance de leurs nouvelles compétences. Ils se savent attendus sur leur niveau de compétences appartenant au champ médical et risquent alors de délaisser les fondements de la profession infirmière : « Il va falloir faire nos preuves, ça c'est sûr, les médecins, j'ai l'impression qu'ils douteront toujours un peu de nous » (Étu.)

Risques liés à la sécurisation des soins

La sécurisation des soins dispensés par l'IPA est un sujet de préoccupation pour les participants. L'aspect innovant et l'autonomie laissée à l'IPA représentent des sources d'inquiétudes. Les patients s'inquiètent du niveau de formation des IPA : « Comment peut-on apprendre autant de choses en si peu de temps ? » (Pat.). Les médecins, quant à eux, comparent leur niveau de connaissances avec celui des IPA et constatent la différence. Cependant, les participants sont rassurés par le niveau de formation universitaire des IPA. Le fait que les activités puissent être adaptées aux compétences, ainsi que la possibilité que l'IPA puisse suivre des cursus de formation continue, sont des facteurs rassurants pour les participants. Mais, dans un premier temps, l'ensemble des participants recommandent le fait qu'une période de compagnonnage soit réalisée au moment de la prise de fonction ; « on est censé le faire pour tous les professionnels de santé, là, elles n'y échapperont pas, c'est certain » (Cadre). Le glissement de tâches a également été identifié comme un risque lié à la sécurisation des soins. Certains professionnels pensent que les IPA peuvent être identifiés dans la structure comme des médecins, et réaliser les mêmes tâches. Pour sécuriser l'activité de l'IPA, un protocole d'organisation doit obligatoirement être rédigé. La connaissance de ce document dans les décrets n'est que très peu répandue au sein des parties prenantes. Seuls les étudiants en pratique avancée l'ont explicitement mentionné. Cependant, les participants identifient la nécessité de créer un document qui correspondrait au protocole d'organisation : « il faudrait que l'on puisse rédiger un document dans lequel les choses soient explicites concernant les activités des IPA et la manière dont on va collaborer » (Med).

Risques liés à l'absence de modèle économique

L'absence de modèle économique constitue un frein identifié au déploiement des IPA en France. Au moment du recueil de données, les IPA au sein des établissements hospitaliers ne savaient pas à quelle hauteur leur nouveau poste allait être valorisé. Les infirmiers ont du mal à se projeter dans une nouvelle profession aux responsabilités élargies, sans savoir si un véritable statut sera créé et si la revalorisation salariale sera jugée suffisante : « Faire IPA, pourquoi pas ? Mais il faudrait qu'on sache combien on va être payé, et si ça va valoir le coup, parce qu'entre le diplôme à obtenir et les responsabilités, je sais pas si on va s'y retrouver » (IDE). Mais le frein le plus mis en avant est celui associé à la valorisation pour les établissements : « Comment l'hôpital va se valoriser ? Si on prend une IPA, est-ce qu'il y aura une cotation de son activité ? Est-ce qu'elle va venir remplacer une IDE dans les services ? Il faut qu'on sache, parce que sinon personne ne prendra le risque » (Cadre). Les étudiants s'inquiètent également de l'orientation de leur activité en fonction du modèle économique. Ils craignent que certaines activités soient privilégiées par rapport à d'autres, plus rentables : « On pense que le temps dédié par patient, qui est le cœur de notre plus-value, peut être mis en péril par une logique de rentabilité ; si on nous demande de voir vingt patients dans la journée, ça ne fonctionnera pas. » (Étu.).

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

LES PARTIES PRENANTES ONT UNE CONCEPTION DU PROJET D'IMPLANTATION DES IPA					
THÈMES ET SOUS THÈMES	***IDE***	***MÉDECINS***	***ENCADRANTS***	***PATIENTS***	***ÉTUDIANTS***
LE PROJET D'IMPLANTATION DES IPA DOIT ÊTRE ANTICIPÉ					
L'institution doit porter le projet	+	+	+	⦸	+
Un groupe de travail regroupant les parties prenantes doit être constitué	+	+	+	⦸	+
La construction de l'activité doit être anticipée	+	+	+	⦸	⦸
Analyse et identification des besoins (population/institution)	+	+	+	⦸	⦸
Dédier un profil de patientèle	⦸	+	+	⦸	+
Montée progressive de la file active	⦸	⦸	+	⦸	+
Fixer des objectifs à atteindre et des indicateurs d'évaluation	+	+	+	⦸	+
Anticiper les ressources matérielles	+	+	+	⦸	+
LE PROJET DOIT FAVORISER L'INTÉGRATION DES IPA DANS LES ÉQUIPES					
Anticiper le rattachement hiérarchique	+	+	+	⦸	+
Cadre de santé	+	⦸	+	⦸	⦸
Supérieur au cadre de santé	+	+	+	⦸	+
Médical	+	⦸	⦸	⦸	⦸
Rattachement fonctionnel médical	+	+	+	⦸	+
Les missions de l'IPA doivent être parfaitement identifiées	+	+	+	⦸	+
Préciser les activités non cliniques	⦸	⦸	+	⦸	+
Sélectionner les agents en interne pour suivre la formation ou recruter un IPA formé	+	+	+	⦸	+
Permet de connaître l'agent	+	+	+	⦸	+
Valorisation d'un agent	+	+	+	⦸	+
Le recrutement d'un IPA formé permet d'apporter un regard extérieur sur l'institution	⦸	+	⦸	⦸	+
Les IPA doivent marquer leur appartenance au corps paramédical	+	⦸	+	⦸	+
Mettre en avant l'appartenance au corps paramédical	⦸	⦸	+	⦸	⦸
Passer du temps avec l'équipe	⦸	⦸	+	⦸	+
Stratégie de communication	+	+	+	+	+
Communication en interne	+	+	+	+	+
Communication en externe	+	+	+	+	+
Différenciations des activités de chaque professionnel	+	+	+	⦸	+

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

LES PARTIES PRENANTES ONT UNE CONCEPTION DU PROJET D'IMPLANTATION DES IPA					
THÈMES ET SOUS THÈMES	***IDE***	***MÉDECINS***	***ENCADRANTS***	***PATIENTS***	***ÉTUDIANTS***
LES PARTIES PRENANTES PROJETTENT LES IPA DANS LEURS ÉTABLISSEMENTS					
Les parties prenantes ont une représentation des activités de l'IPA	+	+	+	+	+
Suivi de patient	+	+	+	+	+
Formation	+	+	+	+	+
Consultation	+	+	+	+	+
Recherche	⦸	⦸	+	⦸	+
Coordination	+	+	⦸	⦸	+
Évaluation clinique	⦸	+	+	⦸	+
Prévention	+	+	+	+	+
Le profil des IPA est identifié	+	+	+	+	+
Expérience (pas de sortie de DE, expertise)	+	+	+	+	+
Motivation, curiosité professionnelle, grande capacité de travail, désir d'évolution	+	+	+	⦸	+
Positionnement (leadership, limites, confiance en soi)	+	+	+	⦸	+
Appétence pour les projets transversaux d'établissement	+	+	+	⦸	+
Gestion de projet, sens des responsabilités	+	+	+	⦸	+
Reconnaissance des compétences par les intervenants	+	+	+	⦸	+

Figure 4.
Synthèse des résultats pour la thématique n° 3 : les parties prenantes hospitalières ont une conception du projet d'implantation des IPA.

Les parties prenantes hospitalières ont une conception du projet d'implantation des IPA

Réussir un projet d'implantation d'IPA paraît complexe. Les participants mesurent les enjeux et connaissent le risque d'échec : « On va essuyer les plâtres, on ne connaît pas bien, c'est possible que l'on se plante, de toute façon on fera des erreurs » (Cadre). « Honnêtement, aujourd'hui, je ne saurais pas par où commencer ! » (Cadre). Cependant, les parties prenantes ont une perception de ce qu'il faudrait mettre en place pour pouvoir mener au mieux un projet d'implantation IPA.

Le projet d'implantation des IPA doit être anticipé

Selon les participants, pour assurer le succès d'un projet d'implantation des IPA dans un établissement hospitalier, le projet doit être anticipé. Il est nécessaire que le projet soit pensé à l'avance, porté par l'institution et construit par étapes : « Il faut que ce soit la volonté de tous, la nôtre mais aussi celle de la direction et des cadres » (Med.). La création d'un groupe de travail spécifique semble nécessaire : « Nous, nous avons mis en place un COPIL qui ne s'occupe que de ça » (Cadre). Ce groupe doit alors réfléchir à la manière dont va être construite l'activité de l'IPA. Sa fiche de poste doit être construite à la suite d'une analyse des besoins : « Il faut que l'IPA puisse répondre aux besoins, sinon ça ne fonctionnera pas » (Med.). Concernant ensuite la construction de l'activité, selon les médecins, les cadres et les étudiants, il faudrait identifier une population pour pouvoir dégager une file active dédiée à l'IPA : « Ce qui serait bien, ce serait de lui dédier un type de patient spécifique pour qu'elle ait sa propre file active,

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

ça éviterait de partir dans tous les sens » (Med). Les étudiants insistent sur le fait que la taille de cette file active doit évoluer progressivement dans le temps et être évaluée à l'avance en termes de charge de travail. L'activité de l'IPA doit pouvoir répondre à des objectifs fixés à l'avance et évaluables : « Il faut que l'on puisse savoir si elle répond à ce qu'on attend d'elle » (Cadre). Mais l'anticipation doit également intégrer l'évaluation des besoins matériels de l'IPA.

Le projet doit favoriser l'intégration des IPA dans les équipes

Pour pouvoir favoriser l'intégration des IPA dans les équipes, il faut que ses missions soient les plus claires possibles et que l'ensemble des acteurs les connaissent : « Tout le monde doit savoir exactement ce que l'IPA fait, et comment on peut utiliser ses compétences » (Cadre).

La clarté des missions permettra également de définir la place de chacun, la collaboration entre l'IPA et chaque professionnel, notamment lorsque les compétences sont communes. « Attends, si l'IPA s'occupe de l'APP (amélioration des pratiques professionnelles) et de la diffusion des bonnes pratiques, nous, il nous reste quoi ? Les plannings ? » (Cadre). Pour pouvoir favoriser l'intégration des IPA dans les services, il est nécessaire d'anticiper l'organisation en ce qui concerne les ressources humaines. Ainsi, le rattachement hiérarchique de l'IPA doit être pensé. Ici, plusieurs visions s'affrontent. Les médecins, directeurs des soins, et cadres supérieurs pensent que le rattachement hiérarchique doit être au-dessus du cadre de proximité : « Il faut que ce soit au-dessus du cadre, à niveau de diplôme égal ; ça va être compliqué que les deux agents collaborent avec une relation hiérarchique » (Cadre). Les cadres de santé penchent plutôt pour un rattachement sous leur responsabilité : « Je ne vois pas où est le problème, on a des IDEC, on les encadre, et il n'y a pas de souci ; après, si les cadres sup les veulent, eh bien… qu'on vienne pas nous demander de les gérer » (Cadre). Certains infirmiers pensent eux que les IPA doivent être « managés par les médecins » (IDE), en justifiant qu'ils « vont prescrire, travailler comme des médecins, c'est aux médecins de s'en occuper » (IDE). En région PACA, des recommandations sont formulées concernant ce point par l'Agence régionale de santé. Cependant, il appartient à ce jour aux établissements de santé de définir l'organisation hiérarchique la plus appropriée dans leur propre contexte.

Pour faciliter leur intégration, il est nécessaire d'ancrer ces nouveaux professionnels au cœur de la fonction infirmière. Si l'IPA est un infirmier qui a acquis des compétences élargies, ce n'est pas pour autant qu'il devient médecin. Il faut donc que l'activité de l'IPA, son positionnement au sein de l'équipe et ses missions aillent dans ce sens. L'anticipation de ces facteurs apparaît nécessaire pour éviter toute confusion par la suite : « L'IPA est une infirmière, que je sache, pour pas qu'on l'oublie, il faut dès le départ faire en sorte que ça ne change pas, on doit y penser avant, quand on va réfléchir à sa fiche de poste » (Cadre). Cette appartenance au corps paramédical doit être claire pour éviter toute ambiguïté : « Ça passe même par les blouses, il faut que l'on distingue très facilement qu'elle est soignante, sinon les équipes vont vite s'y perdre » (Cadre). Parallèlement à l'ensemble de ces facteurs à anticiper, le projet d'implantation de l'IPA doit être accompagné d'une véritable stratégie de communication. En interne, tout le monde doit savoir qui sont ces professionnels et ce qu'ils font. Mais il convient d'étendre aussi cette communication aux partenaires extérieurs : « si le médecin généraliste, l'infirmière libérale ne sont pas au courant, comment ils vont pouvoir comprendre ce que l'on fait » (Étu.).

Les parties prenantes hospitalières se projettent dans la manière dont elles vont pouvoir accueillir les IPA dans leur organisation

La majorité des participants a une idée du parcours de soins dédié et des activités qu'ils vont pouvoir mettre en place avec l'IPA. « Nous, en diabéto, on a besoin de renforcer le suivi, et l'IPA pourra développer une activité pour faire en sorte que les patients ne partent pas dans la nature, ils pourront voir nos patients, détecter, prévenir, et on pourra même fixer des objectifs de glycquée, par exemple » (Med.). Les médecins hospitaliers interrogés concernés par la mention « pathologies chroniques stabilisées » sont unanimes sur le fait qu'ils souhaitent que les IPA soit des spécialistes de leur domaine : « Les autres pathologies seront un plus, mais moi, je voudrais quelqu'un qui soit un hyperspécialiste dans notre domaine » (Med.).

Un autre aspect identifié par les parties prenantes est le profil idéal de l'IPA. Il s'agit de mettre en avant les caractéristiques des professionnels qui pourraient correspondre au métier d'IPA. Le premier critère est celui de l'expertise : il faut que le professionnel ait déjà une assise solide dans la spécialité. Bien que les textes prévoient un temps minimum de trois années d'exercice comme infirmier avant d'exercer comme IPA, l'ensemble des participants n'envisage pas la possibilité d'embaucher des infirmiers ayant réalisé le cursus IPA immédiatement à la suite de la formation initiale d'infirmier : « Il paraît qu'ils peuvent faire la formation de suite après leur D.E infirmier, c'est vrai ça ? C'est pas possible, il faut quand même connaître l'hôpital, avoir une expérience significative, ils vont devenir expert, quand même, c'est pas bon ça » (Cadre). Au-delà de l'expertise, un profil se dégage, rassemblant plusieurs critères, comme la communication et la collaboration, le fait d'être curieux et travailleur, montrer une grande motivation, savoir se positionner en faisant preuve de leadership, connaître ses limites en ayant confiance en soi, ou encore montrer une tendance à s'inscrire dans des projets transversaux d'établissement et jouir de la reconnaissance de ses compétences par l'ensemble des professionnels. Les étudiants soulignent la difficulté de mener de front des études difficiles, de maintenir une vie professionnelle et une vie familiale : « Il est important d'anticiper le soutien financier et moral dans cette aventure » (Étu.).

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient d'explorer la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des IPA afin de proposer des recommandations adaptées au contexte hospitalier français, pour permettre une implantation des IPA de qualité à l'hôpital. Ce travail de recherche met en évidence trois thématiques permettant de comprendre la perception des parties prenante hospitalières vis-à-vis de l'implantation des IPA. L'IPA reçoit un accueil positif de la part des acteurs avec qui il va travailler. Cependant, il existe certains risques liés à leur implantation. Et enfin, les parties prenantes ont une perception claire vis-à-vis de la manière dont il faudrait mener un projet d'implantation, à savoir un projet pensé à l'avance et favorisant l'intégration des IPA dans les équipes.

La valorisation de la profession socle fait partie des aspects mis en avant par les participants. Comme l'évoque la littérature, la pratique avancée représente une opportunité d'avancement de carrière (28), une nouvelle évolution du métier d'infirmier et un moyen d'améliorer la satisfaction professionnelle (29). Cependant, cette évolution doit s'accompagner de prudence. Les infirmiers acquièrent de nouvelles compétences, notamment dans le champ médical, mais il ne faut pas laisser de doute, les IPA ne deviennent pas des médecins. Comme le dit Delmas, le risque de voir les fonctions paramédicales de ces professionnels se dégrader au profit de la mise en place d'une simple délégation médicale est réel (30). Or, comme évoqué par Keating, les projets en lien avec la pratique avancée ne peuvent concevoir d'utiliser les IPA comme des médecins (31). Les IPA ont été mis en place pour améliorer l'accessibilité aux soins (7), il est donc tentant d'utiliser la fonction la plus simple pour les mettre en place, à savoir la substitution médicale. Mais cantonner les IPA à cette fonction de simple délégation consisterait à ignorer l'ensemble des compétences et des activités que peut mettre en place l'IPA en France (6). Il est donc nécessaire d'ancrer les IPA au cœur de la profession infirmière dès la conception du poste pour éviter ces écueils. Les IPA sont des infirmiers, avec leur culture, leurs valeurs professionnelles, leur code de déontologie, dont les qualités relationnelles et techniques sont reconnues par l'ensemble des participants. Plus généralement, en comparant des approches différentes de la pratique avancée, il convient de s'interroger sur ce que peut apporter un infirmier qui a élargi ses compétences, plutôt qu'un infirmier exerçant comme un « sous-médecin ».

Cette étude a mis en avant l'opportunité que pouvait représenter l'IPA pour les équipes. Les équipes paramédicales voient en l'IPA un facilitateur, un formateur accessible, alors que les médecins voient une aide directe en développant une réelle complémentarité. Les participants ont la perception qu'aujourd'hui les professionnels travaillent en silo. Ils pensent ainsi que l'IPA pourrait, en décloisonnant les niveaux de compétences, participer à la création d'un lien. Envisager la conception du poste d'IPA en intégrant ce facteur permettrait de mettre en place une organisation moins fragmentée et améliorerait, comme le dit Hurlock, la qualité du travail interprofessionnel (32). D'après Ann Hamric, la collaboration professionnelle est une compétence centrale de la pratique avancée (33). L'IPA ne travaille pas seul mais au sein d'une équipe. Il est alors nécessaire que l'IPA s'intègre à cette équipe.

Il existe plusieurs facteurs mis en avant par les participants et par la littérature, qui peuvent entraver la bonne intégration des IPA (12,34,35). Les participants ont évoqué le leadership dans le profil idéal des futurs IPA mais pas clairement comme un facteur d'intégration, contrairement à ce que nous pouvons retrouver dans les écrits (15). Ils ont également mis en avant une caractéristique individuelle du professionnel s'inscrivant dans un projet de pratique avancée. L'humilité de l'IPA, la possibilité que l'IPA prenne une position condescendante vis-à-vis de ses collègues pourraient entraver son intégration. Il ne s'agit donc pas ici de compétences à proprement parler mais d'un savoir-être, une faculté à l'intelligence sociale. Cet aspect peut être pris en compte dans le choix des candidats à la formation au diplôme d'État mais reste difficile à identifier. Les parties prenantes ont cependant repéré certains facteurs de réussite : le fait que le projet soit porté par tous au sein de l'institution, qu'un groupe de travail spécifique soit constitué, qu'une file active de patients soit identifiée, qu'une analyse des besoins soit menée, et des objectifs clairs fixés. Autant d'aspects que l'on retrouve dans les cinq premières étapes du modèle PEPPA (18). Le modèle identifie le fait qu'il faille déterminer la population soignée, réunir les parties prenantes, analyser les besoins et les transformer en objectifs. La conception du rôle et des activités de l'IPA ne peut se faire qu'après ces étapes. Il s'agit de déterminer l'activité concrète de l'IPA en fonction des objectifs fixés, de la cartographie de l'existant pour éviter les zones de chevauchement avec les compétences de l'IPA. Implanter une IPA consiste à modifier une nouvelle organisation de soins. Dans ce projet, comme l'a souligné Rhodes, le directeur des soins doit être le garant de la qualité du projet (36). Son poste lui permet d'avoir la légitimité pour faire face au risque de mauvaise intégration et construire un rôle qui permette de répondre au plus près aux besoins de cette organisation. Toujours en adéquation avec le modèle PEPPA, les parties prenantes ont identifié la nécessité d'évaluer l'activité des IPA. L'évaluation doit permettre de savoir si les objectifs fixés sont atteints, de réorienter la stratégie si nécessaire et d'assurer la pérennité de la fonction IPA au sein de l'institution (16).

Le modèle PEPPA a été construit par la fusion de deux cadres théoriques (18) : le modèle de Dunn et Nicklin (19) et le modèle de Spitzer (20). Le cadre de Spitzer permet d'introduire de nouveaux rôles en santé et n'est pas spécifique à la pratique avancée. De ce fait, le modèle PEPPA a des similitudes avec la méthodologie de conduite de projet. Mais ce qui en fait

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

sa spécificité, c'est la prise en compte de la singularité des enjeux liés à la pratique avancée. Les résultats de cette étude mettent en relief l'aspect innovant à prendre en compte dans la conception et la mise en œuvre d'un projet d'implantation de pratique avancée. Les risques, comme, par exemple, la sous-utilisation de la fonction infirmière, la concurrence avec l'encadrement, l'incompréhension du rôle, ont été identifiés comme spécifiquement liés à la pratique avancée par les participants. Pour y faire face, le modèle PEPPA propose un cadre dédié, qui, en lien avec ce travail, permet de conduire un projet en prenant en compte la particularité de la pratique avancée.

Les patients, comme le système de santé, peuvent tirer des bénéfices de la mise en place des IPA. Comme le perçoivent les participants, les pays qui ont développé la pratique avancée témoignent de l'amélioration de l'accessibilité aux soins (37), de la qualité des soins (38), de l'état de santé des patients suivis (39), de la qualité des parcours patients (37), des coûts liés à la santé (39,40). Mais ces bénéfices ne doivent pas entraver la sécurisation des soins. Les patients s'inquiètent du possible manque d'encadrement des activités de l'IPA, et les professionnels identifient des risques de glissement de tâches. Ceci est cadré par le protocole d'organisation élaboré pour chaque équipe dans laquelle exerce une IPA (6). Le niveau d'étude et la possibilité de formation continue sont des aspects rassurants. Il est légitime que les parties prenantes s'inquiètent face à la nouveauté, c'est un aspect qui a déjà été mis en avant (41). Ainsi, une relation de confiance doit s'établir entre les différents acteurs (42). Pour mettre en place cette relation, il paraît important de prévoir une période de compagnonnage au moment de la prise de fonction de l'IPA après sa formation. Cette période est adaptée à chaque projet et à chaque établissement, et peut permettre de créer ce lien de confiance nécessaire. Dans tous les cas, l'IPA doit s'inscrire dans une démarche de mentorat, d'échanges, d'apprentissage et de formation continue (43).

Dans la continuité de l'étude, une mise en perspective des résultats avec la littérature a été menée conjointement à une réunion du groupe d'experts associé au projet. La poursuite du travail initial dans ce sens a permis de proposer des recommandations, détaillées dans le guide d'implantation de la pratique avancée publié par l'ARS PACA en décembre 2019 (44). Ces recommandations ont été émises par l'équipe de recherche, puis discutées, adaptées et validées par le groupe d'experts lors d'une séance de travail dans les locaux de l'ARS PACA :

- la première recommandation consiste à ancrer l'IPA dans la fonction infirmière pour éviter le risque de confusion avec la fonction médicale et mettre en avant les compétences infirmières des IPA ;
- la deuxième rappelle que l'IPA travaille au sein d'une équipe et peut intervenir à différents moments du parcours du patient. Il s'agit ici d'éviter la mise en place de poste IPA travaillant seul sur une seule activité ;
- la troisième rappelle que l'activité de l'IPA est centrée sur la clinique mais laisse place à des activités afférentes. L'IPA a acquis des compétences diverses dans le champ de la santé et doit les mettre à profit ;
- la quatrième insiste sur l'importance, au moment de la conception du poste, de l'analyse des besoins auxquels la pratique avancée pourrait répondre, sur le fait que le projet soit porté par l'institution et sur l'évaluation de l'activité de l'IPA une fois en place ;
- la cinquième recommandation évoque la nécessité d'anticiper les aspects en lien avec les ressources humaines et matérielles du projet ;
- la sixième rappelle la nécessité d'intégrer la sécurisation des soins dans la construction de la nouvelle organisation ;
- et enfin, la dernière recommandation insiste sur l'indispensable mise en place d'une véritable stratégie de communication.

Cette étude présente certaines limites. La principale consiste dans le fait que les participants professionnels aient tous été en contact avec des étudiants en pratique avancée. Leurs perceptions ont pu être influencées par leur expérience pendant les stages. Mais cela a permis aux professionnels de répondre en ayant un minimum de connaissances et une première expérience de la pratique avancée, de se projeter plus facilement que si nous avions recueilli les données après avoir seulement réalisé une présentation générale de la pratique avancée et ses enjeux. Cet aspect pourrait expliquer la raison pour laquelle les parties prenantes n'expriment pas forcément de défiance envers les IPA.

L'exclusion de deux focus groups de l'analyse représente également une limite. Ces deux focus groups infirmiers et encadrants n'ont pu être analysés. Les données sont donc tronquées, bien que le corpus soit important et la saturation des données finalement atteinte. Le faible échantillon de patients, en comparaison avec les autres catégories de participants, représente une limite dans le contenu à analyser. Cette étude menée dans la région PACA est territorialisée. Il serait intéressant de transposer ce travail dans d'autres territoires pour comparer les résultats.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence la perception positive des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation des IPA. Malgré cela, il existe certains risques à prendre en compte. Pour y faire face, les résultats de cette étude, mis en perspective avec la littérature et un consensus d'experts, ont permis de proposer des recommandations pour accompagner les établissements de santé vers une implantation de qualité de la pratique avancée. Ce travail se concentre sur l'implantation de la pratique avancée dans le milieu hospitalier et nécessite d'être poursuivi dans le contexte des soins de ville. Des recherches complémentaires sur l'évaluation de

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

la qualité de l'implantation de la pratique avancée et sur la plus-value apportée par les IPA dans le système de soins seront également nécessaires. Cette démarche permettra de produire des données probantes concernant ce nouveau rôle en France et participer à l'ancrage de la légitimité de ces nouveaux professionnels.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Bilan démographique 2017. Plus de 67 millions d'habitants en France au 1er janvier 2018 [En ligne]. Janvier 2018. [cité le 6 Juin 2020]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173
2. L'état de santé de la population en France–Rapport 2017 [En ligne]. 2017. [cité le 6 juin 2020]. Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf
3. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée [En ligne]. 2018. [cité le 6 juin 2020]. Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-vieillissement-de-la-population-entraine-une-hausse-des-depenses-de-sante
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie [En ligne]. 2017. [cité le 6 juin 2020]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie
5. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [En ligne]. 2017. [cité le 6 juin 2020]. Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf
6. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 [En ligne]. Juillet 2018. [cité le 6 juin 2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218115/
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'exercice en pratique avancée [En ligne]. 2018. [cité le 7 juin 2020]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_flyer_ssa_2018_a4_pratique_avancee.pdf
8. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique [En ligne]. Juillet 2018. [cité le 7 juin 2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218197/
9. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale [En ligne]. Août 2019. [cité le 7 juin 2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038914192/
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Discours d'Olivier Véran – Conclusions du Ségur de la santé [En ligne]. Juillet 2020. [cité le 22 août 2020] Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-olivier-veran-conclusions-du-segur-de-la-sante
11. 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 Apr;29(2):241-54.
12. Schober M. Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. 2015 Jun;1(2):71-7.
13. Contandriopoulos D, Brousselle A, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu MD, Brault I, et al. A process-based framework to guide nurse practitioner's integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. BMC Health Serv Res. 2015 Feb;15:78.
14. Schober M. APN role development: strategies to conquer the challenges. Singapore Nursing Journal. 2010;37(2):16-8.
15. Carter N, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Bryant-Lukosius D, et al. The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2010 Dec;23 Spec No 2010 :167-85.
16. Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M, et al. Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing Roles. J Nurs Scholarsh. 2016 Mar;48(2):201-9.
17. De Geest S, Henry M, Mauthner O, Fierz K. Infirmières de pratique avancée : une innovation qui pourrait bouleverser le système de santé français ? Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. 2015 Dec;1(4):193-5.
18. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. J Adv Nurs. 2004 Dec;48(5):530-40.
19. Dunn K, Nicklin W. The status of advanced nursing roles in Canadian teaching hospitals. Can J Nurs Adm. 1995;8(1):111-35.
20. Spitzer WO. Evidence that justifies the introduction of new health professionals. Dans: Slayton P, Trebilcock MJ, directeurs. The professions and public policy. Toronto: University of Toronto Press; 1978. p.211-36.
21. Murray L, Reidy M, Carnevale FA. Stakeholders' conceptualizations of the nurse practitioner role in the pediatric emergency department. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2010 Jan;22(4):88-100.
22. Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. J Adv Nurs. 2004 Dec;48(5):519-29.
23. McNamara S, Giguère V, St-Louis L, Boileau J. Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: use of the PEPPA framework to achieve success. Nurs Health Sci. 2009 Sep;11(3):318-25.
24. Bennett M. A review of the literature on the benefits and drawbacks of participatory action research. First Peoples Child and Family Review. 2004 Jan;1(1):19-32.
25. Synthèse de politique du CII [En ligne]. Mai 2016. [cité le 23 juin 2020] Disponible: http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp content/uploads/2016/05/Synthese_de_politique_du_CII_6.pdf
26. Fackler CA. Retaining older hospital nurses: experienced hospital nurses' perceptions of new roles. J Nurs Manag. 2019 Sep;27(6):1325-31.
27. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e éd. Malakoff: Armand Colin; 2016.

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

28. Schober M. Introduction to advanced nursing practice: an international focus. 1e éd. New York: Springer International Publishing; 2016. (Advanced Practice in Nursing).

29. Steinke MK, Rogers M, Lehwaldt D, Lamarche K. An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally. Int Nurs Rev. 2018 Jun;65(2):162-72.

30. Delmas P. Pratique avancée infirmière : les occasions ratées de la profession. Santé Mentale. 2019 Jun;(234):6-7.

31. Keating SFJ, Thompson JP, Lee GA. Perceived barriers to the sustainability and progression of nurse practitioners. Int Emerg Nurs. 2010 Jul;18(3):147-53.

32. Hurlock-Chorostecki C, McCallum J. Nurse practitioner role value in hospitals: new strategies for hospital leaders. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2016 Sep;29(3):82-92.

33. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced practice nursing: an integrative approach. 6e éd. Saint Louis, Missouri: Elsevier; 2018.

34. Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B, Dicenso A. Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. J Adv Nurs. 2011 Jun;67(6):1178-90.

35. DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Donald F, Abelson J, Bourgeault I, et al. Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2010 Dec;23 Spec No 2010:211-38.

36. Rhodes CA, Fusilero J, Williams CM. Development of the role of director of advanced practice nursing. Nurs Econ. 2010 Jan-Feb;28(1):58-62.

37. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2014 May;14:214.

38. Bryant-Lukosius D, Cosby R, Bakker D, Earle C, Fitzgerald B, Burkoski V. Effective use of advanced practice nurses in the delivery of adult cancer services in Ontario [En ligne]. Toronto (ON): Cancer Care Ontario; 2015 May 11. [cité le 30 avril 2021]. Disponible: https://www.cancercareontario.ca/en/content/effective-use-advanced-practice-nurses-delivery-adult-cancer-services-ontario

39. Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, et al. A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: what is the quality of the evidence? Nurs Res Pract. 2014 Sep;2014:896587.

40. Kilpatrick K, Kaasalainen S, Donald F, Reid K, Carter N, Bryant-Lukosius D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. J Eval Clin Pract. 2014 Dec;20(6):1106-23.

41. Cummings GG, Fraser K, Tarlier DS. Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care: an evaluation of organizational change. J Nurs Adm. 2003 Mar;33(3):139-45.

42. Kilpatrick K, Jabbour M, Fortin C. Processes in healthcare teams that include nurse practitioners: what do patients and families perceive to be effective? J Clin Nurs. 2016 Mar;25(5-6):619-30.

43. Barker ER. Mentoring--a complex relationship. J Am Acad Nurse Pract. 2006 Feb;18(2):56-61.

44. ARS PACA. Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée [En ligne]. Dec 2019. [cité le 22 août 2020]. Disponible: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019- 12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf

Copyright © ARSI tous droits réservés

© Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 15/07/2021 sur www.cairn.info via Aix-Marseille Université (IP: 139.124.244.81)

4.2. Résultats de la validation de l'adaptation transculturelle de l'outil « Time and motion tool »

4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des experts

L'ensemble des experts exerce en tant qu'IPA depuis au moins 6 mois. 2 experts exercent au sein de structures privées à but non lucratif, 5 au sein d'un CHU et deux en soins primaires. 2 experts exercent dans le domaine d'intervention de l'onco-hématologie, dont un en oncologie et l'autre en hématologie. Deux experts exercent dans le domaine d'intervention Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. Un expert exerce dans le domaine de la psychiatrie et santé mentale. 4 experts exercent dans le domaine pathologies chroniques stabilisées, pathologies courantes en soins primaires ; dont 2 en soins primaires et 2 à l'hôpital.

Caractéristiques sociodémographiques des experts						
Ancienneté diplôme IPA (en mois)	**Ancienneté diplôme IDE (en années)**	**Spécialité IPA**	**Parcours patient IPA**	**Structure professionnelle**	**Membre d'association, syndicat ou société savante en lien avec la pratique avancée (OUI/NON)**	**Enseignant ou formateur dans le champ de la pratique avancée (OUI/NON)**
13	14	Onco-hémato*	Parcours chirurgie digestive complexe Parcours lambeau grand dorsale Parcours RAAC gynéco et digestif.	Centre de Lutte Contre le Cancer	Non	Oui
14	8	Onco-hémato*	Allogreffe Parcours post greffe de moelle osseuse	Centre de Lutte Contre le Cancer	Non	Oui
14	16	NDT**	Patients porteur d'une maladie rénale chronique	Centre Hospitalier Universitaire	Oui	Oui
15	9,5	PCS***	Suivi des patients post covid	Centre Hospitalier Universitaire	Oui	Oui

6	6	PCS***	Soins primaires	Maison de santé pluriprofessionnelle	Oui	Oui
14	18	PCS***	Parcours Insuffisants respiratoires et Insuffisants cardiaques	Centre Hospitalier Universitaire	Oui	Oui
6	17	PSM****	Suivi des patients atteints de troubles psychiatriques	Centre Hospitalier Universitaire	Oui	Oui
14	32	PCS***	Soins primaires	Maison de santé pluriprofessionnelle	Oui	Oui
14	20	NDT**	Patients porteur d'une maladie rénale chronique	Centre Hospitalier Universitaire	Oui	Non
Moy=12.2 ET= 3.5	Moy=15.6 ET=7.8	PCS*** n=4 PSM**** n= 1 NDT**= 2 Onco-hémato* = 2		Public = 5 Privé à but non lucratif = 2 Soins de ville = 2	Oui=77.8% Non=22.2%	Oui=88.9% Non= 11.1%

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des experts

* Oncologie et hémato-oncologie

** Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

*** Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires

**** Psychiatrie et santé mentale

4.2.2. Résultats après le premier tour de Delphi

4.2.2.1. Notes obtenues par chaque item

Résultats 1er tour de Delphi											
Activité	**IPA 1**	**IPA 2**	**IPA 3**	**IPA 4**	**IPA 5**	**IPA 6**	**IPA 7**	**IPA 8**	**IPA 9**	**Moyenne**	**Ecart type**
Activités de soins directs											
1- Examen et évaluation clinique	9	6	10	10	9	7	10	8	10	8,8	1,5
2. Recueil des antécédents	9	8	10	10	9	8	10	8	10	9,1	0,9
3. Évaluation du schéma familial	9	5	8	10	3	9	10	4	8	7,3	2,6
4. Prescrire et interpréter les examens de laboratoire,	9	8	10	9	8	8	10	7	10	8,8	1,1

l'imagerie ou l'ECG à 12 dérivations											
5. Mesures de confort physique	7	6	8	9	4	10	0	4	10	6,4	3,3
6. Soins des plaies	9	4	4	1	7	10	0	4	8	5,2	3,5
7. Relation patient - thérapeutique	9	6	10	10	9	10	10	8	10	9,1	1,4
8. Relation familiale thérapeutique	9	6	10	10	8	7	10	7	10	8,6	1,6
9. Communication de soutien	9	8	10	10	9	10	0	8	10	8,2	3,2
10. Enseignement / éducation	9	8	10	10	9	10	10	9	10	9,4	0,7
11. Promotion de la santé/prévention des maladies	9	7	9	10	9	10	10	9	10	9,2	1,0
12- Déplacements extérieurs	7	5	6	10	2	10	10	6	7	7,0	2,7
13- Surveiller / prescrire des médicaments (pas par voie intraveineuse)	9	9	10	10	9	6	NA	3	8	8,0	2,4
14. Surveiller / prescrire des médicaments par voie intraveineuse	9	9	10	10	9	6	NA	3	7	7,9	2,4
15-Examens et prélèvements	7	9	10	1	5	10	0	3	8	5,9	3,8
16. Nutrition/ régime alimentaire	9	9	8	9	9	8	8	3	10	8,1	2,0
17. Procédures invasives	7	7	2	1	0	6	0	1	10	3,8	3,7
18. Drain thoracique / Sutures	7	5	0	0	0	10	0	1	0	2,6	3,8
Activités de soins indirects											
19. Documentation	9	8	10	10	9	10	NE	9	10	9,4	0,7
20. Planification de la sortie	9	7	10	10	7	10	NE	8	10	8,9	1,4
21. Échanges interprofessionnels	9	9	10	10	9	**7**	10	8	10	9,1	1,1
Activités éducatives											
22. Formation/ enseignement des soins infirmiers	9	9	10	10	8	6	10	7	10	8,8	1,5

23. Formation et enseignement aux internes	9	4	0	10	0	6	5	1	5	4,4	3,6
Activités administratives											
24- Réunion administrative	9	9	10	10	5	10	5	6	8	8,8	2,1
25. Développer des protocoles	9	8	10	5	9	10	10	7	10	8,5	1,7
26- Coordination des soins / autre organisation	9	8	10	10	8	10	10	8	10	9,2	1,0
27- Coordination des soins / au sein de l'organisation	9	8	10	10	8	10	10	8	10	9,2	1,0
Activités de recherche											
28- Participer à la recherche en soins infirmiers	9	8	10	10	9	10	10	5	10	9,0	1,7
29- Utilisation de la recherche dans la pratique	9	8	10	10	9	4	10	7	10	8,6	2,0
30- Participer à la recherche/autres	9	7	10	10	9	9	10	5	10	8,8	1,7
Divers											
31- Autres : _____(spécifier)											
32- Temps personnel :	5	0	3	0	1	0	10	NE	0	2,4	3,6

Tableau 2: Résultats du premier tour de Delphi

4.2.2.2. Analyse et modifications

L'analyse que nous avons menée, à la fois des scores obtenus pour chaque item et des commentaires nous a conduit à opérer différents changements.

Certains titres d'items et l'ensemble des définitions ont été modifiés en tenant compte des commentaires.

Les items suivant ont été supprimés

5. Mesures physiques. Cet item a été soit jugé incompréhensible, soit non pertinent, soit à intégrer à l'examen clinique. Seuls deux experts l'ont par contre jugé indispensable. Nous avons fait le choix de le supprimer. Mais les experts qui le pensaient indispensable avaient la possibilité de le proposer à nouveau avec une nouvelle définition lors du deuxième tour de Delphi.

15. Test/prélèvement a été incorporé dans un nouvel item « Réalisation d'actes techniques » englobant l'ensemble des actes techniques que peut réaliser l'IPA dans le contexte législatif.

17. Procédures invasives et 18. Drains thoraciques/sutures jugés trop spécifiques et peu adapté au contexte législatif.

32. Temps personnel jugé en grande majorité inutile.

Les items suivants ont été fusionnés

13 et 14. Surveiller et prescrire des médicaments (Intra Veineuse (IV) et non IV), ils ont été regroupés pour créer un item généraliste en lien avec la prescription et la surveillance des traitements.

22 et 23. Formation et enseignement. La formation de l'IPA était jugée hautement pertinente, mais celles aux internes faisait débat. Nous avons choisi de les regrouper pour créer un item « Formation/Enseignement aux soignants ». Car comme certains experts l'ont fait remarquer il est possible que l'IPA forme des soignants « Non-infirmier ».

20.26.27. Il a été jugé pertinent par plusieurs experts de regrouper les items 20. Préparer la sortie, et 26. Coordination externe. Ils ont donc fusionné. Ils l'ont ensuite été avec l'item 27. Coordination interne et déplacés de la catégorie « activités administratives » à la catégorie « activités de soins indirects ».

Parmi les propositions d'activité supplémentaire il est apparu le leadership. Il a été jugé complexe de créer une activité directe en lien avec le leadership. Cependant le leadership apparait dans plusieurs activités à plusieurs moments. Si cet aspect était jugé important pour l'expert, il a été suggéré par l'investigateur de faire une proposition de définition.

La nouvelle grille est donc passé de 30 à 23 items, les définitions ont été ajustées, et la case « autre » a été maintenue.

4.2.3. Résultats après le deuxième tour de Delphi

4.2.3.1 Note obtenue par chaque item

Résultats 2ième tour de Delphi											
Activité	**IPA 1**	**IPA 2**	**IPA 3**	**IPA 4**	**IPA 5**	**IPA 6**	**IPA 7**	**IPA 8**	**IPA 9**	**Moyenne**	**Ecart type**
Activités de soins directs											
1- Examen et évaluation clinique	10	9	10	10	10	9	10	10	10	9,8	0,4
2. Recueil des antécédents	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10,0	0,0
3- Évaluation du schéma environnemental	10	10	10	10	10	9	10	10	10	9,9	0,3

4- Prescription et interprétation des examens complémentaires.	10	10	10	10	10	3	10	9	10	9,1	2,3
5- Réalisation d'actes techniques	10	10	10	9	10	9	10	10	10	9,8	0,4
6-Relation patient - thérapeute	10	10	9	10	10	9	10	10	10	9,8	0,4
7- Relation familiale et/ou avec les aidants thérapeutique.	10	10	9	10	10	8	10	10	9	9,6	0,7
8- Relation d'aide	10	9	10	10	10	6	10	9	10	9,3	1,3
9-Enseignement Formation/Education thérapeutique	10	10	10	10	10	7	10	10	10	9,7	1,0
10- Promotion de la santé/prévention des maladies	10	9	9	10	10	10	10	10	10	9,8	0,4
11- Déplacements extérieurs/Visites à domicile	10	5	9	10	5	10	10	7	9	8,3	2,1
12- Surveillance / prescription et renouvellement de médicaments	10	10	10	10	10	6	10	9	10	9,4	1,3
13- Nutrition/ régime alimentaire	10	10	10	10	10	9	10	9	10	9,8	0,4
Activités de soins indirects											
14. Documentation	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10,0	0,0
15- Coordination des soins / autre organisation	10	10	9	10	10	9	10	9	10	9,7	0,5
16- Coordination des soins / au sein de l'organisation	10	10	9	10	10	7	10	9	10	9,4	1,0
17- Échanges interprofessionnels	10	9	10	10	10	9	10	10	10	9,8	0,4
Activités éducatives											
18- Formation/ enseignement	10	10	10	10	10	9	10	9	10	9,8	0,4
Activités administratives											
19- Réunion administrative	10	10	9	10	10	7	10	9	10	9,3	1,0

20- Amélioration de la qualité des soins en collaboration	10	10	9	8	10	8	10	10	10	9,2	0,9
Activités de recherche											
21- Participer à la recherche en soins infirmiers	10	10	10	10	10	10	10	8	10	9,8	0,7
22- Utilisation de la recherche dans la pratique	10	10	10	10	10	7	10	9	10	9,6	1,0
23- Participer à la recherche/autres	10	9	10	10	10	9	10	8	10	9,6	0,7
Divers											
24- Autres :											

Tableau 3: Résultats du deuxième tour de Delphi

4.2.3.2. Analyse et modifications

Compte tenu des résultats obtenus par la nouvelle version de la grille, les réajustements à l'issu du second tour n'ont concerné que les définitions ; les items n'ont pas été modifiés.

Concernant les définitions des activités quelques ajustements ont été réalisés.

Pour l'item 3. Evaluation du schéma familial, l'évaluation du niveau d'épuisement a été ajouté.

Pour l'item 9. Conseils éducatifs et éducation thérapeutique les conseils à l'aide de l'utilisation d'une technologie ont été ajoutés.

Pour l'item 12. Surveillance / prescription de médicaments, les propositions des bases de références des médicaments ont été supprimées.

L'item 13. Nutrition/ régime alimentaire a été maintenu malgré une proposition de l'inclure au sein de l'item 1. Examen et évaluation clinique.

La grille finale a été ensuite envoyée à chaque expert pour une dernière proposition de modification, cette étape n'a donné lieu à aucun changement et chaque expert a validé le contenu de la grille et les définitions associées.

Au final, la grille comporte 24 activités réparties dans 6 catégories.

4.2.3. Résultats de l'étude pilote

Après son adaptation, l'outil a été testé par une étude pilote au sein du projet de l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée.

4.2.3.1 Première période d'observation

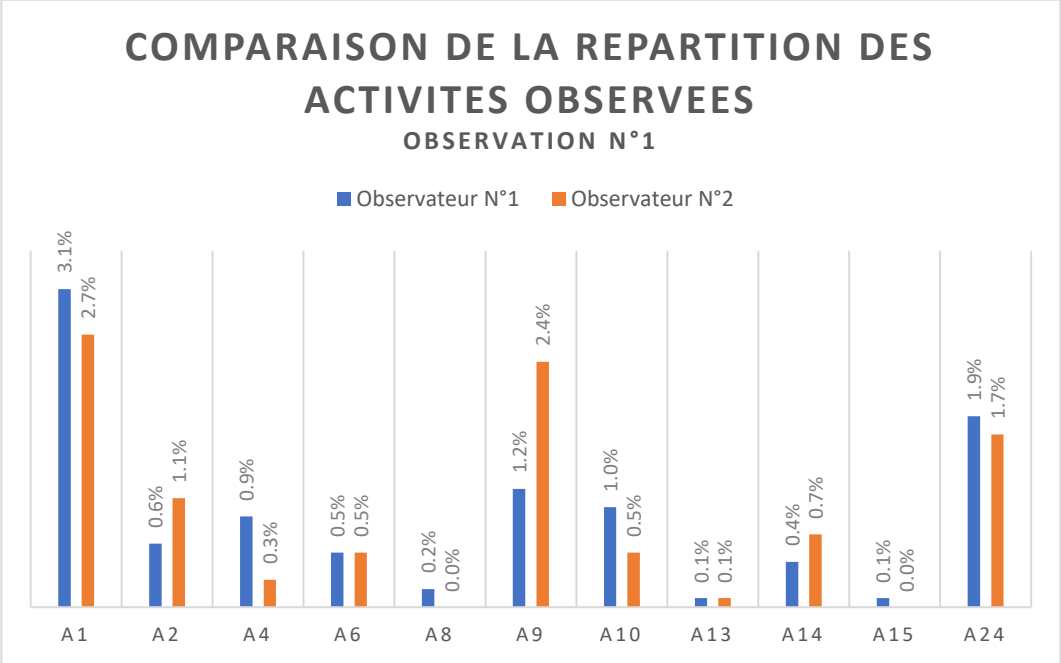

Figure 11:Comparaison de la répartition observées lors de la première période d'observation

Code activité	Activité	Code activité	Activité
Activités de soins directs		A13	Nutrition/ régime alimentaire
A1	Examen et évaluation clinique	**Activités de soins indirects**	
A2	Recueil des antécédents	A14	Documentation
A3	Évaluation du schéma environnemental	A15	Coordination des soins / autre organisation
A4	Prescription et interprétation des examens complémentaires.	A16	Coordination des soins / au sein de l'organisation
A5	Réalisation d'actes techniques	A17	Échanges interprofessionnels
		Activités éducatives	
A6	Relation patient - thérapeute	A18	Formation/ enseignement
A7	Relation familiale et/ou avec les aidants thérapeutique.	**Activités administratives**	
		A19	Réunion administrative
A8	Relation d'aide	A20	Amélioration de la qualité des soins en collaboration
A9	Enseignement Formation/Education thérapeutique	**Activités de recherche**	
		A21	Participer à la recherche en soins infirmiers
A10	Promotion de la santé/prévention des maladies	A22	Utilisation de la recherche dans la pratique

A11	Déplacements extérieurs/Visites à domicile	A23	Participer à la recherche/autres
		Divers	
A12	Surveillance / prescription et renouvellement de médicaments	A24	Autres

Tableau 4: Tableau récapitulatif des activités de la grille d'observation

La première période d'observation simultanée a été menée par deux observateurs et a duré 104 minutes. L'observation a été réalisée auprès d'une IPA, au cours de cette période 3 patients ont été vus par l'IPA.

Cette période d'observation montre une disparité entre les observateurs concernant l'activité 9. 24,1% des activités observées par l'observateur N°2 ont été classées dans l'activité 9 « Enseignement Formation/Education thérapeutique » contre seulement 11,6% pour l'observateur N°1. Après analyse, il apparaît que l'observateur N°1 a intégré dans l'activité N°1 « Examen et évaluation clinique » les conseils immédiats délivrés par l'IPA, alors que l'observateur N°2 les a intégrés dans l'activité N°9. De plus, les conseils en lien avec la prévention et notamment la vaccination ont été intégrés par l'observateur N°1 au sein de l'activité 10 « Promotion de la santé/prévention des maladies », alors que l'observateur N°2 les a intégrés dans l'activité 9.

La catégorie 24 « autres » représente une part non négligeable des activités observées par les deux observateurs. (17 et 18,8%). L'analyse des commentaires inscrits dans les grilles d'observation a permis d'identifier que cette classification est liée à un manquement dans la définition de l'activité 6 « Relation thérapeutique avec le patient ». En effet, l'ensemble des aspects évoquant le déroulement du parcours de soins du patient par l'IPA n'étaient pas intégrés dans une activité et ont donc été classifié dans l'activité « autres ».

Les deux observateurs sont en adéquation quant à la part d'activité clinique directe et particulièrement sur la part importante de l'activité 1 « Examen et évaluation clinique ». Les catégories « Activités éducatives », « Activités administratives » et « Activités de recherche » ne sont pas représentées. Cela s'explique par le fait que les observations ont eu lieu durant une période où l'IPA était exclusivement en contact direct avec les patients.

Suite à la première période d'observation simultanée par deux observateurs, l'accord inter-observateur a été calculé par le coefficient de Kappa de Cohen.

Pourcentage de concordance globale = 62,50

Kappa libre-marginal = 0,61 ; IC à 95 % pour le kappa libre-marginal [0,51, 0,70].

Kappa en marge fixe = 0,55 ; IC 95 % pour le kappa à marge fixe [0,47, 0,63].

Un score de 0,61 a été obtenu correspondant selon Landis et Koch à un accord fort (Landis & Koch, 1977).

Les disparités entre les observateurs ont été prises en compte nécessitant des éclaircissements en ce qui concerne la définition de certains items. Ces disparités ont fait l'objet de modifications.

Au sein de l'activité 1. Examen et évaluation clinique, la communication immédiate des résultats de l'évaluation a été ajoutée à la définition.

Au sein de l'activité 4. Prescription et interprétation des examens complémentaires, la notion de communication des résultats aux patients des résultats d'examen a été ajoutée.

Au sein de l'activité 6. Relation thérapeutique avec le patient, le fait que cette relation puisse évoquer tout sujet en lien avec la santé du patient et son mode de prise en soins a été ajouté.

Après correction, la nouvelle version de l'outil a été envoyée par courrier électronique au deuxième observateur en mettant en avant les modifications. Un entretien avec le deuxième observateur a été mené pour lui spécifier les modifications avant la deuxième période d'observation.

4.2.3.2 Deuxième période d'observation

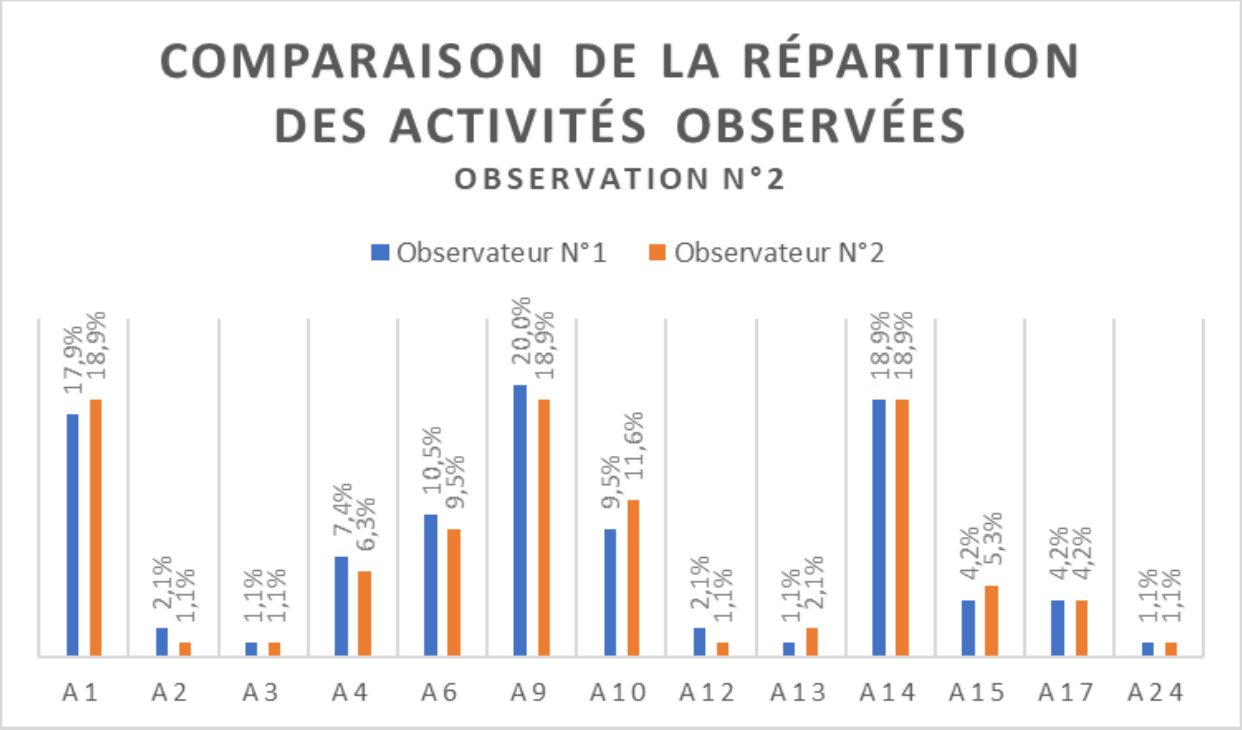

Figure 12 : Comparaison de la répartition des activités observées lors de la deuxième période d'observation

La deuxième période d'observation simultanée a été menée un mois après la première par les deux mêmes observateurs et a duré 96 minutes. La deuxième période d'observation pendant laquelle deux patients ont été vus, a eu lieu dans le même centre que la première avec le même IPA.

Cette période met en évidence moins de disparité entre le observateurs que la première. L'activité 1 « Examen et évaluation clinique » reste importante mais n'est pas l'activité la plus observée pour l'observateur N°1.

L'activité 9 « Enseignement Formation/Education thérapeutique » devient la plus observée. Cela est lié à la nature de l'entretien mené par l'IPA lors de la période d'observation. Les deux patients voyaient ce jour-là l'IPA pour la première fois, un travail autour de la connaissance de la maladie a été fait afin de réaliser un état des lieux des connaissances du patient.

L'observateur N°2 a relevé l'activité 10 « Promotion de la santé/prévention des maladies » de manière plus importante lors de cette période (11.6% pour la deuxième observation contre 5.4% pour la deuxième.) Ceci est lié à la clarification concernant l'intégration du sujet de la vaccination dans cette activité. Il est à noter que les observations ont eu lieu au moment où la vaccination anti-covid devenait possible pour les patients atteints de maladies chroniques, et l'IPA a joué un rôle important dans la promotion de la vaccination.

L'activité 14 « Documentation » représente une part importante des activités observées (18.9% pour les deux observateurs). Elle correspond au renseignement du dossier médical en cours d'entretien, mais aussi à la rédaction des comptes rendus en fin de période d'observation.

L'activité 24 « autres » n'est comparativement avec la première période que très peu mentionnée. La clarification de certaines définitions ont permis de réintégrer certaines périodes du travail de l'IPA au sein d'activités. L'activité 24 ne correspond ici qu'à la période inter patient.

Suite à la deuxième période d'observation simultanée par deux observateurs d'une durée de 96 minutes l'accord inter-observateur a été calculé par le coefficient de Kappa de Cohen.

Pourcentage de concordance globale = 92,71%.

Kappa libre-marginal = 0.92 ; IC à 95 % pour le kappa libre-marginal [0,87, 0,98].

Kappa en marge fixe = 0,92 ; IC 95 % pour le kappa à marge fixe [0,84, 0,99].Un score de 0,92 a été obtenu correspondant selon Landis et Koch à un accord presque parfait (Landis & Koch, 1977).

Un retour d'expérience avec le second observateur a été mené pour évoquer les difficultés pratiques liées aux périodes d'observation. Au sein de ce retour, aucun élément n'a été mis en avant laissant évoquer une difficulté pratique en lien avec l'utilisation de l'outil.

4.2.4 Discussion

L'objectif de cette étude était d'adapter et de tester la validité de la grille « time and motion tool ». L'adaptation transculturelle de cet outil a été réalisée en menant une étude Delphi auprès de 9 experts. Le choix des critères déterminant le rôle d'expert dans cette étude a permis de s'assurer d'une adaptabilité théorique en lien avec les attendus du concept de pratique avancée infirmière et les particularités du contexte législatif français (Bourrée et al., 2008). Mais aussi le fait que les experts devaient être en exercice depuis au moins six mois a assuré une adaptabilité de terrain. La diversité des domaines d'exercices des experts a permis une représentativité de l'ensemble du champ de pratique (Bourrée et al., 2008).

Dans l'adaptation de la grille initiale, après traduction, les experts étaient libres de proposer toutes les modifications qui leur semblaient pertinentes. Ils pouvaient faire des propositions concernant les activités et leurs définitions, mais aussi sur la forme de l'outil. Et le choix de garder les activités regroupées en catégories a été fait. Ce choix est pertinent car mesurer le temps passé au sein d'activités permet de rendre compte de l'utilisation d'un rôle au quotidien (Oelke et al., 2008).

L'adaptation par les experts a permis de faire émerger les spécificités du contexte français. à travers la modification et le regroupement de titres d'activités comme par exemple l'activité initiale « test et prélèvement », qui dans son titre est devenu « réalisation d'actes techniques » ; et qui a intégré dans sa définition la référence à la liste des actes que peut réaliser l'IPA (Direction Générale de l'Offre de Soins, 2018a). Les experts se sont donc approprié le contenu de la grille mais aussi les définitions associées. La modification des définitions permet une meilleure compréhension de l'activité qui est observée, et ainsi d'éviter les confusions lors de l'utilisation de la grille par l'observateur.

L'étude pilote a mis en avant l'utilisation des compétences cliniques directes de l'IPA, que ce soit dans la première observation, où en cumulé la répartition des activités de soins directs atteignent 76% pour les deux observateurs, ou la deuxième observation où ils atteignent 70.8% pour le premier et 70.6% pour le deuxième. L'activité clinque directe est une compétence mobilisée de manière significative. Cette donnée est en adéquation avec la conception de la pratique avancée selon Hamric (2018) qui place l'activité clinique directe au centre de l'exercice en pratique avancée. L'IPA observée a mobilisé des activités diverses telles que

l'examen clinique, la prescription d'examens, le renouvellement de traitement qui ont témoigné de son autonomie et de sa capacité à prendre des décisions complexes. Ces aspects, mis en avant par l'observation permettent à la fois de démarquer clairement l'IPA de l'IDE de niveau licence, mais participent aussi à la clarification de son rôle. Cet outil permet de mesurer la dimension entière du rôle IPA, et peut être utilisé comme un outil pour communiquer au sein de l'institution. La grille permet de mettre en avant les activités menées par l'IPA et participent à la légitimation de la pratique avancée.

Un des objectifs de cette étude était de tester la validité de la grille. D'un point de vue pratique, son utilisation s'est avérée adéquate pour évaluer les activités. L'utilisation du report des minutes par l'observateur nécessite une grande concentration et une formation préalable notamment pour assimiler les définitions des activités et ne pas créer de confusion. De plus comme pour la grille initiale, il est nécessaire que l'observateur ait des connaissances en ce qui concerne les soins infirmiers. Les connaissances techniques en lien avec la spécialité médicale ne se justifient pas, mais un observateur extérieur au milieu du soin même avec la formation préalable ne pourrait pas mener efficacement cette évaluation (Kilpatrick, 2011).

Au cours des périodes d'observation, il ne nous a pas été donné la possibilité d'observer des activités transversales. Les périodes d'observations auraient nécessité d'être plus longues, et de s'étaler sur plusieurs jours. Cela témoigne du fait que cet outil doit être utilisé soit de manière étendue dans le temps, ou en complément d'autres méthodes de recueil pour évaluer l'étendue des activités de l'IPA. L'implantation de la pratique avancée est un phénomène complexe qui pour être évalué nécessite la mise en place de plusieurs méthodes (Craig et al., 2013) et l'utilisation de l'observation à travers cet outil peut clairement en faire partie.

4.2.5 Conclusion

Au final, cette étude a permis la traduction, l'adaptation et la validation d'un outil fiable pour évaluer la nature des activités des IPA. Cet outil s'avèrera utile dans le cadre de projets d'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée infirmière, pour légitimer la pratique IPA, et clarifier son rôle en communiquant autour des résultats obtenus.

Cet outil est un outil d'évaluation généraliste qui permet d'évaluer les activités de l'IPA dans toutes ses dimensions, mais peut-être que d'autres études seront nécessaires pour faire évoluer cette grille en fonction du contexte législatif ou de manière plus spécifique en l'adaptant à chaque domaine d'intervention.

4.3. Article III : Evaluation de l'implantation de la pratique avancée en France : une étude de cas multiple

Le troisième article de thèse s'intéresse à l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée en France.

Une étude de cas a été utilisée pour évaluer dans 5 lieux d'études la qualité de l'implantation à travers l'évaluation du dispositif de mise en œuvre du rôle IPA, l'évaluation de la mesure selon laquelle les activités IPA mises en place sont en adéquation avec les attentes du rôle, et l'impact des processus de mise en œuvre sur la collaboration entre les IPA et les autres membres de l'équipe de soins de santé et le niveau d'intégration.

Ce travail a permis de mettre en évidence en quoi les dispositifs mis en place sont en adéquation avec le modèle PEPPA et a fourni un modèle d'évaluation pilote permettant d'évaluer le dispositif IPA mis en place et de se rendre compte des disparités entre le dispositif en place et une implantation de qualité.

Cet article est en préparation et sera soumis à la revue Journal of Advanced Nursing qui est une revue à fort impact factor dans le champ disciplinaire des sciences infirmières.

Article III: Evaluation of the quality of the implementation of French APNs: a multi-case study.

Jocelyn Schwingrouber, Kelley Kilpatrick, Denise Bryant-Lukosius, Sandrine Mayen, Stephanie Gentile, Sébastien Colson

ABSTRACT:

Aims: The main aim of this study was to evaluate the quality of the implementation of advanced practice nursing roles in France.

Design: Multiple case study in five cases, each representing an APN in one of four areas of practice in France.

Method: The cases were distributed throughout France in four different regions. Different types of data were collected within each case. Observations of the activities of the APN, semi-structured interviews with professionals working in the APN team or having participated in the construction of the APN project (physician, manager, director, member of the paramedical team); and documents related to the APN role. A thematic intra-case analysis was conducted after each case study, then a inter-case analysis was conducted to build a common thematic framework.

Results: This study described the process of APN role construction, identified enabling factors and limitations. The activity of the APN is essentially clinical, developing and adapted to expectations. The APNs collaborate and are integrated into their teams thanks to a clearly defined role, the personality of the APN and institutional support.

Conclusion: This study assessed the quality of the implementation of advanced practice in France. The proposed evaluation model appears to be effective in assessing the quality of the implementation of advanced practice, but it needs to be expanded and further research is needed to assess the quality of the implementation of advanced practice in France.

Impact: The evaluation of advanced practice in France provides a status report on the progress of each organization and whether the project is on track. This model can be used within health care institutions that have introduced advanced practice roles, but also at

the policy or academic level to conduct more extensive research on the quality of advanced practice implementation.

Key words: Nurse practitioners, advanced practice nursing, evaluation, implementation, nursing role, administration, and organization.

1. INTRODUCTION

To face the whole range of public health issues, health authorities in many countries have invested in the development of nursing skills in the field of advanced practice (Schober et al., 2016). The International Council of Nurses recently confirmed that Advanced Practice Nurses (APNs) could be one of the solutions to positively influence patients' clinical outcomes and the quality of their care (International Council of Nurses, 2020). However, their implementation remains complex (Andregård & Jangland, 2015). In particular, there are issues around the clarity of the role and integration of these professionals in the care teams (Kilpatrick et al., 2021; Torrens et al., 2020).

1.1Background

In order to promote effective decision-making regarding the implementation of advanced practice nursing roles, either at the government or organization and practice setting levels, it is necessary to rely on evidence-based recommendations and relevant theoretical frameworks (International Council of Nurses, 2020).

Based on a synthesis of published international literature (Bryant-Lukosius et al., 2004), the PEPPA framework, outlines a nine-step Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing role development, implementation, and evaluation (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). The framework emphasizes stakeholder engagement, including patients, at each step of the process to address common and avoidable barriers to the effective implementation of advanced practice nursing roles. Key features include identification of unmet patient health needs; stakeholder agreement on role priorities, activities, and outcomes for improving the existing model of care; and the development of role implementation and evaluation plans (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

While the PEPPA framework provides some guidance about advanced practice nursing role evaluation, it is at a high level. The PEPPA Plus framework builds on this earlier work

to provide more specific details and strategies to facilitate evaluations of advanced nursing roles (Bryant-Lukosius et al., 2016). In this enhanced framework, advanced practice nursing roles are viewed as complex health care interventions. Donabedian's (Donabedian, 2005) structure-process-outcome model for evaluating health care quality and Medical Research Council (Craig et al., 2013) guidelines for evaluating complex health care interventions are integrated and applied to create a matrix to guide evaluations across three stages of role development. The introductory stage focuses on evaluations to determine the need for and to define the advanced practice nursing role construction. The implementation stage involves evaluations to assess the structures (e.g., health care policies, funding, education), initial impact of, and barriers and facilitators to the implementation of advanced practice nursing roles. The long-term sustainability stage focuses on monitoring and evaluating the impact of the advanced practice nursing role, its integration into the health system, and the identification of new or ongoing needs for the role (Bryant-Lukosius et al., 2016).

Evaluating the implementation of advanced practice nursing roles allows us to highlight their value-added contributions to the health systems and society at large by determining their impact on patients, care teams, and health care organizations (McDonnell et al., 2015b). The use of an assessment model specific to advanced practice nursing roles has advantages for promoting e effective role integration based on scientifically valid data (Bryant-Lukosius et al., 2016). An evaluation model also provides evidence on the optimal use of the APN role (Bryant-Lukosius et al., 2016). These data make it possible to modify established roles, if necessary, so that it can continue to meet expected outcomes over time to inform the future development of new roles.

Several European countries, including France, Switzerland, and Spain, are developing new advanced practice nursing roles. Although governmental authorities may set targets for the number of nurses to be trained in advanced practice, implementation strategies are not yet defined (Colson et al., 2021). However, identifying an implementation strategy makes it possible to understand the challenges linked to implementation, such as the clarity of the role, integration into the teams, or the sustainability of the role in the long term (Schober, 2015).

In France, APNs were introduced in 2016 through Article 119 of the law on the modernization of our health system (President of French republic, 2016), but regulations governing education and practice requirements were only published in July 2018 (Prime Minister of French Government, 2018c, 2018b). The development of advanced practice

nursing roles in France must meet a dual objective: to improve access to the quality of care for targeted underserved populations (French Ministry of Solidarity and Health, 2018). For this purpose, the APNs, after a two-year university training at the master's level and obtaining a state diploma in advanced practice, carry out activities in one of the four areas: stabilized chronic conditions; prevention and management of common illnesses in primary care; oncology and haemato-oncology; chronic renal disease, dialysis, and renal transplantation; and psychiatry and mental health (Colson et al., 2021). APNS also have an expanded scope of practice that includes education, prevention, and screening activities; assessment performing procedures, and clinical and paraclinical monitoring acts; prescribing non-pharmacological therapies and renewing or adapting existing prescriptions for medications. Organizational policies also dictate role activities, and patients must provide their consent before being referred to an APN for follow-up care.

2. THE STUDY

2.1 Aims

The main aim of this study was to evaluate the quality of the implementation of advanced practice nursing roles in France. The quality of advanced practice nurse role implementation has been evaluated by addressing these specific objectives to assess the:

1) Extent to role activities were implemented.

2) Activities of the APNs are aligned with the expectations of the advanced practice nursing roles.

3)Impact of implementation processes impacted on collaboration between APNs and other health care team members, and the level of integration.

2.2 Design

In order to meet the research objectives, a multiple case study was conducted (Yin, 2014). The quality of advanced practice implementation is a complex phenomenon due to the diversity of patient population health needs and practice setting contexts in which APNs work. each project. The Medical Research Council recommends the use of a variety of evaluation methods to design and examine complex health care innovations such as

advanced practice nursing roles (Craig et al., 2013). The case study promotes a rich understanding of a complex phenomenon through in-depth examination and documentation of real-world contexts (Yin, 2014). In this work, the multiple case study allowed us to explore the processes of role implementation by relating it to the nature of the activities, and the professional collaboration of APNs.

2.3 Sample/Participants

There are five cases, each representing an APN in one of four areas of practice (i.e., stabilized chronic conditions, prevention/management of common conditions in primary care, hematology/oncology, renal dialysis, and mental health), bounded within a specific clinical setting including a university hospital, a cancer center, a medical-psychological center, a primary care facility, a dialysis center. The cases were distributed throughout France in four different regions.

A purposive sampling was used to select the cases meeting the inclusion criteria, while at the same time providing opportunity to examine advanced practice nursing role implementation in diverse practice areas and clinical settings. To be included as a case the APN had to be in their role for at least six months, receiving patient referrals, and providing clinical care.

Within each case, professional participants were interviewed. The participants had to meet profiles with a professional link to the APN, either at the time of the project construction or at the time of the implementation evaluation. The profiles were as follows: hospital management, management, medical team, and paramedical team.

2.4 Data Collection

Data were collected from January to March 2021 by a doctoral nursing student. The student travelled to the five study settings for a minimum of two days after obtaining permission from an organizational manager. The student was immersed in the professional environment of each APN.

Within each case, different types of data collection were conducted.

2.4.1. The observation

An observation grid for APN activities was used. This tool, which includes various items, is derived from the " Time and motion tool to measure cardiology acute care nurse practitioner activities " from the work of Kelley Kilpatrick (Kilpatrick, 2011). A cross-cultural adaptation of the tool was carried out with the author's permission using a Delphi method, and content validation in this study was assessed based on inter-observer agreement. This tool allows through observation to evaluate the time spent by the APN in different types of activities (e.g., direct clinical care, indirect care, education, administrative, research, other). The observer recorded the start and end time of each activity by entering the corresponding code. This work was carried out by the doctoral nursing student within each case.

2.4.2. Semi-structured interviews

To assess the extent to role activities were implemented and the impact of implementation processes impacted on collaboration between APNs and other health care team members, and the level of integration, semi-structured interviews were conducted by the doctoral nursing study with the APN and relevant stakeholders within each case including a manager, physician, and member of the multi-professional team). Socio-demographic data related to participants was collected from each of the participants before the interview began. The interviews lasted between 30 and 45 minutes and were conducted in a private room, free from distractions in the clinical setting. An interview guide was developed based on similar research in other countries, adapted to the French context (McDonnell et al., 2015) by the research team composed of the doctoral nurse, two senior nursing researchers, and a director of care. This guide was adapted to each type of participant and tested prior to the research. The questions in the interview guide examined the quality of implementation across several themes related to the quality of implementation of the advanced practice nursing role. Barriers or facilitators to role implementation, APN education, APN involvement in role implementation, role funding, APN role activities, collaboration, and integration of APNs into the team were addressed. Follow-up questions could be asked during the interview based on the participants' responses.

2.4.3. The document analysis

To further examine characteristics of the advanced practice nursing role activities and the nature of the interprofessional collaboration implemented, a document analysis was

conducted. For each case, documents related to the implementation of an APN (e.g., project plans), APN education and training, role activities (e.g., job descriptions, weekly schedule of activities), patient information (e.g., patient follow up letter), and organizational policies outlining collaborative APN and physician responsibilities were identified (Colson et al., 2021).

2.5 Ethical considerations

Approval to conduct the study was received from the ethics committee of Aix-Marseille University.

After receiving the explanatory leaflet of the study, all participants gave their consent to participate, and the data were anonymized. The data were processed in accordance with the General Data Protection Regulation (GDPR) in force in France. Participants were informed of their possibility to withdraw at any time. The data, none of which were collected from patients, are presented in aggregate form so that individual participants cannot be identified.

2.6 Data Analysis

The quantitative observation data were processed using Excel software, which allowed for the establishment of a descriptive statistical analysis. Averages and standard deviations of observed time by activity and by activity category were generated.

All interviews were fully transcribed. NVivo V14 software was used to store, manage, code, and explore the data.

As recommended by Yin (Yin, 2014), A thematic intra-case analysis was conducted after each case study. A sequential thematic analysis was used (Paillé & Mucchielli, 2016). A random sample of the complete set of qualitative and quantitative data across all of the cases was analyzed to identify initial themes. These themes were then applied to analyze the whole data set for each case. When relevant, new themes were created.

A common thematic framework was constructed by integrating all the themes from each case. This analysis allowed an inter-case comparison to be made to highlight the common themes and the unique aspects of each case. A hierarchical diagram of themes and sub-themes was generated using NVIVO software (Figure 1).

2.7 Validity and reliability/Rigour

Triangulation of the data from all sources (i.e., time and motion observations, interviews, documents) was used to ensure the quality of the study and a detailed understanding of each case. The analysis was conducted by three researchers, one doctoral nurse and two senior nursing researchers. The thematic frameworks for each case were validated based on discussions and consensus among the three researchers. The inter-case comparison was conducted jointly by the research team. For each case, a specific database was created, and a precise data collection protocol was developed. Examination of data across the cases strengthened the overall analysis and identification of linkages across themes (Alexandre, 2013).

3. RESULTS

3.1. Characteristics of the population

Details of each care outlined in Table 1. The study was conducted in five different clinical settings in which an APN was practicing. All areas of intervention are represented, as well as the types of institutions where APN practice is possible according to French regulations.

Characteristics of Each Case					
CASES	**Type of institution**	**Status**	**Practice Area**	**Number of APNs in the institution**	**Profession of participants**
Case D1	Medical and Psychological Centre attached to a university public hospital	Public	Psychiatry and mental health	1	APN
					Psychiatrist
					Nurse
					Health manager
					General care coordinator
Case S1	Primary care practice	Independent	SCC*	1	APN
					Physiotherapist
					General practitioner
Case R1	Cancer Centre		Onco-hematology	2	Director of care

		Private not-for-profit			Senior manager Nurse stomatologist APN Surgeon Oncology Practitioner
Case R2	University Hospital	Public	SCC*	2	Senior manager Nurse Pneumologist APN Coordinator attached to the care management
Case M1	Dialysis Centre	Private for profit	Nephrology	1	Regional Director Director of care Dietician Nephrologist APN

Table 1: Presentation of the cases studied

*Stabilized chronic conditions, Prevention/management of common conditions in primary care

CHARACTERISTICS OF THE POPULATION				
Participants	**Sex**	**Graduation experience (in years)**	**Experience in the establishment (in years)**	**Experience in the job (in years)**
APN (n=5) Nephrology (n=1) Onco-Hematology (n=1) SCC* (n=2) Mental Health (n=1)	Men: 60% (n=3) Women: 40% (n=2)	Median: 1 Q1= 0,8 Q3=1,7 Mean: 1,2 Standard deviation: 0,6	Median: 15 Q1= 2 Q3=15 Mean: 10,1 Standard deviation: 8,2	Median: 1 Q1=0,5 Q3=1,5 Mean: 1 Standard deviation: 0,6
Paramedics(n=5) Registered Nurses (n= 3) Physiotherapist (n=1) Dieticians (n=1)	Men: 0% (n=0) Women: 100% (n=5)	Median: 15 Q1=11 Q3=20 Mean: 14,8 Standard deviation: 5.9	Median: 15 Q1=13 Q3=19 Mean: 15,6 Standard deviation: 3.8	Median: 7 Q1=7 Q3=11 Mean:8,4 Standard deviation: 3,6

Physicians (n=5) General practitioner (n=1) University professor (n=1) Hospital practitioners (n=3)	Men: 80% (n=4) Women: 20% (n=1)	Median: 18 Q1= 18 Q3=19 Mean:17,6 Standard deviation: 8,9	Median: 11 Q1= 3 Q3=12 Mean: 11,2 Standard deviation: 10,4	Median: 11 Q1=2 Q3=12 Mean: 8,1 Standard deviation: 5,9
Manager (n=4) Health manager (n=1) Superior manager (n=2) Director of care (n=1)	Men: 25% (n=1) Women: 75% (n=3)	Median: 12,5 Q1= 9,3 Q3=20 Mean: 16,8 Standard deviation: 14,8	Median: 22,5 Q1= 19 Q3=28,3 Mean: 24,8 Standard deviation: 9,6	Median: 8 Q1= 4,1 Q3=13,5 Mean: 9,6 Standard deviation: 8,5
Member of direction (n=4)) Director of the institution (n=1) Director of care (n=3)	Men: 50% (n=2) Women: 50% (n=2)	Median: 4 Q1= 2,7 Q3=7 Mean: 5,7 Standard deviation: 5,1	Median: 7,5 Q1= 1,8 Q3=17,8 Mean: 12 Standard deviation: 14,4	Median: 1,8 Q1= 1,4 Q3=2,8 Mean: 2,4 Standard deviation: 1,8

Table 2: Characteristics of the population

Given the predominance of female APNs, we have chosen to use the feminine when referring to APNs throughout the article.

Legend to identify the type of participant being quoted	
P	Physician
D	Member of the direction
APN	APN
Par	Member of paramedical team
M	Manager
Example: PD1 means the physician from the case D1	

Table 3: Legend to identify the type of participant being quoted

3.2 Evaluation of the quality of the implementation

Figure 1 illustrates all the themes and sub-themes identified during the inter-case analyses, using a hierarchical diagram. The greatest number of coded items related to the activity of the nurse (n=375), followed by the APN implementation project (n=257), and collaboration and integration (n=179**).**

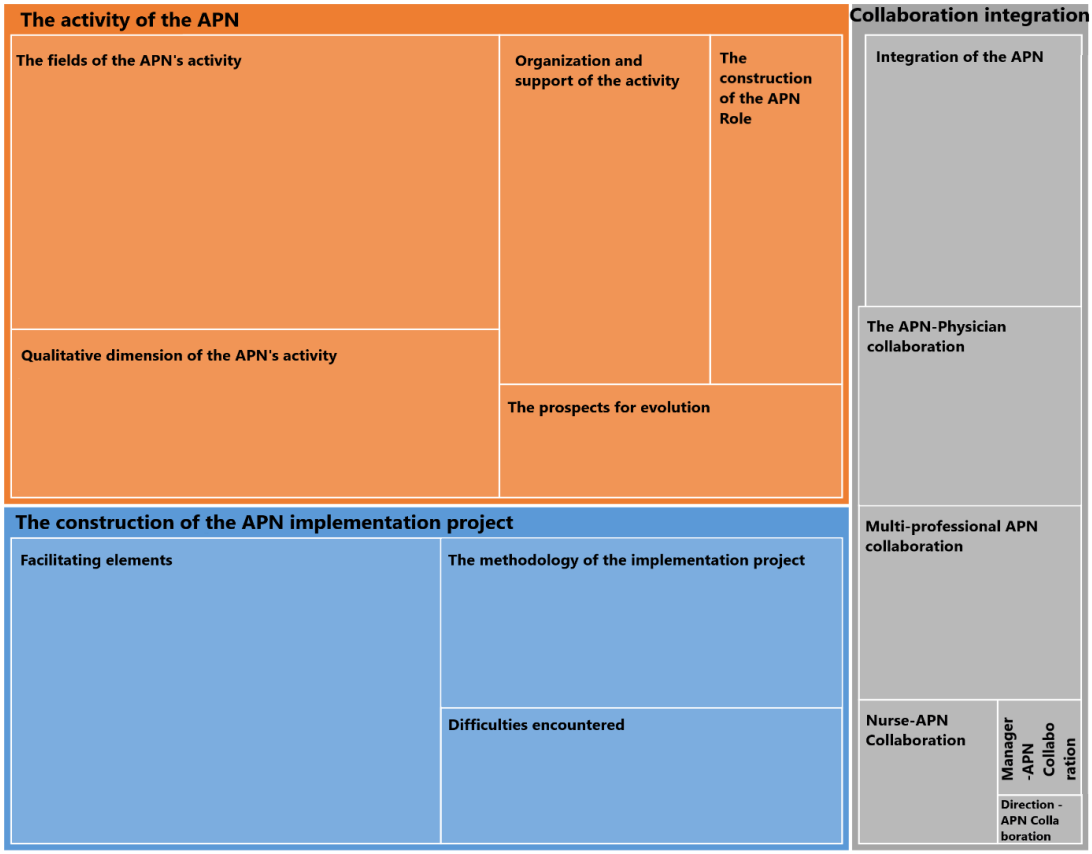

Figure 13:Hierarchical diagram of identified themes and sub-themes

3.2.1 The process for introducing and implementing the Advanced Practice Nursing Role

The second theme deals with how the advanced practice nursing role was introduced and facilitators and barriers to role implementation.

3.2.1.1 The methodology of the implementation project

The initial idea to introduce an advanced practice nursing role occurred in two ways. For cases D1, M1, and S1, the APN initiated the idea. "*And the idea came a year and a half ago. It was he who applied to the hospital with this project*" (PD1); In cases R1 and R2, there was a mutual goal between the APN and the institution, to establish the role.

Early work to develop the role focused on determining the patient, provider, and system needs that could be addressed by the APN. "*Change, yes, but how? We had to find the unmet needs*" (ED1). In the primary care case, the physician and APN collaborated to develop the role. "*So, he told me listen, let's get started and see how it goes*." (APNS1)

Across each of cases, a physician was identified as the leader to develop the role The physician was involved directly by the APN or by a member of the care administrative leaders of the organization. Early involvement of a physician is a regulatory requirement and was perceived by participants to facilitate the development of advanced practice nursing role.

Supporting and preparing health care teams for the introduction of the advanced practice nursing role occurred to different extents across the cases for case D1, S1 or R1, team support was very strong. "*I had to prepare the team as well, because the advanced practice nursing role was also very new to them. They had never heard of it.* " (MD1). In other cases, the teams were less prepared. There was no communication work to clearly explain what the APN was going to do.

3.2.1.2 Facilitating elements

Across each of the cases, recognition of the potential benefits of advanced practice nursing roles for improving care quality was perceived by xxx participants to facilitate role implementation. *«We immediately saw a huge benefit in the quality of care afterwards*". (MR2).

For cases D1, R1 and R2, the institutional environment y facilitated role implementation. "*And then, the care management, the division manager, everyone was involved in this thing."* (APNR1). At the institutional level, other factors were mentioned, such as the small size of the organization for M1 and R1. In the case of R2, a position dedicated to implementation was set up and reported to the director of care.

In the case of D1, the clinical manager was particularly active in the construction of the project, which was not necessarily the case in other establishments "*The work of the manager in the APN implementation is extremely important to me*. (APND1).

In M1 and R2 external elements associated with project funding were identified as facilitators. For example, the chronic kidney disease (MRC) financing package, the Improved Recovery after Surgery (RAAC) pathway, and the funding of training by certain APNs were felt to accelerate the development of the advanced practice nursing role. "*But*

then, with the package, the question was no longer financial. We no longer wondered how it would be possible to implement it financially". (DM1). In the case of S1, the external facilitating element was the expectation of the health authorities to facilitate the deployment of APNs in the field. "*The social security was extremely reactive since in my department in particular they are impatiently waiting for the APNs and when I sent them the document to practice, they triggered it immediately, and 48 hours later I could start*." (APN S1)

The personal qualities of the APN were also identified by all participants as a major facilitating factor. In particular, the APN's understanding of the role and leadership as the driving force facilitated role implementation. "*So, in addition, there was [the APN's] personality, a strong leadership personality*" (DD1).

3.2.1.3. Difficulties encountered

For the cases involving hospital settings, organizational barriers to role implementation were reported. The non-replacement of nurses receiving APN training was a major difficulty that compromised the role implementation. "*I have not been replaced in my position. So, to be completely practical about the weeks of classes we had at the university, I worked on weekends and at night. And for the internships, it was the same*." (APN M1). The restructuring of some departments, particularly in case R2, meant that some role implementation activities had to be postponed.

Health care provider understanding, and perceptions of the advanced practice nursing role was also identified as barrier. Among the difficulties identified, the concern of professionals about advanced practice was a major factor. Physicians' concerns were characterized by the fear of replacement, the feeling of abandoning the patient, the lack of a multi-professional culture, or the potential dangers associated with prescribing. "*I think the main difficulty we are facing now is the anxiety of the physicians*". (PM1). In most of the cases, specialist nurses and clinical managers expressed concern about their roles being replaced by the APN. "*I admit that I was a bit apprehensive, I had the impression that the APN was going to steal my job"* (ParR1).

Nationally, unclear communication and the lack of media coverage to inform the public and health care professionals about advanced practice nursing roles were identified in each case as a barrier to role implementation. Communication was sometimes considered overly simplistic by the participants and led to confusion about the role of the APN

External factors such as the COVID-19 pandemic and funding and reimbursement policies were hindered role implement. For example, during the first wave of the pandemic, some nurses had to stop their APN training and return to the care teams. In other instances, the role implementation process was delayed.

The lack of clarity regarding the economic model for advanced nursing practice has greatly hampered its development. "*We tinker around, we don't know who pays? Is it nursing?*" (MR2)

For case S1, the main difficulties were related to role implementation related to health care policies specific to that region. Patients had difficulty in getting reimbursed for prescribed medicines, as the APN was not registered in all pharmacies as a prescriber. In terms of professional insurance, the difficulty was to find a contract that fully covered the activities of this new profession. Political difficulties were also identified with city hall officials who did not understand what an APN was and what the APN could bring to patient care.

3.2.2 The activity of the APN

The second theme explores the activity of the APN. Several dimensions were discussed in relation to this theme, the construction of the role of the APN, the scope of activities, the place of the APN activity in a new organization, the qualitative dimension of the activity and the perspectives.

3.2.2.1 Advanced Practice Nursing Role Design Process

In each study site, the APN was involved in the designing their role and role activities, but their extent of involvement varied. For example, in Case D1, the APN was asked to validate the role as determined by the institution, whereas in cases RI, R2, and MI, the APN was directly involved in the role design process. *"Yes, it was a co-construction, which was then validated by the management»* (APNM1).

Other professionals contributed to designing the advanced practice nursing role at different levels. Physicians played a major role in the choice, the target patient population, and the degree of autonomy of the APN. *"We said we would set up consultations for which she will have her autonomy"* (PR2).

For cases D1 and M1, one advantage in designing the role was that as part of their education, the APN's internship was at their future place of work. This allowed them to

start working with the team to identify and define relevant role activities as they went along. "*The fact that he did his training course, effectively, here, APN took the time. And immediately, he was able to exchange with the colleague to say that the APN could do this or that*". (MD1). This also made it possible to take the time to more firmly establish advanced practice nursing throughout the region "*I contacted all the future collaborators - GPs, laboratory staff, pharmacists - to announce what advanced practice was, what I was entitled to do, and so they should not be surprised when they saw my future prescriptions*" (APN D1).

Once partially constructed, the APN activity started differently in the different centers. In all the centers, periods of shadowing were carried out. Some of the APNs had previously worked as nurses in the departments where they were to be installed as APNs. And in all cases, the activity was gradually ramped up. "*At the beginning, he only took patients who were free, and little by little, he started to take also those who were hospitalized under constraint*". (PD1).

3.2.2.2 The fields of activity of the APN

The APNs in health care institutions worked in well-defined pathways such as the pathway of patients followed for chronic renal disease in M1, patients with heart failure in R2 for example.

From the document analysis it was noted that the focus of the advanced practice nursing rôle was more defined in institutional settings such as hospitals. Organizational protocols determined the patient population and clinical activities of the rôle. Whereas for Case S1, in primary care, the patient population was not specifically defined but determined by physician referral.

All of the job descriptions included time for cross-cutting activities, such as research or improving professional practice. However, at this early stage of implementation, the APNs focused on clinical activities as the priority, and cross-cutting activities were only partially developed.

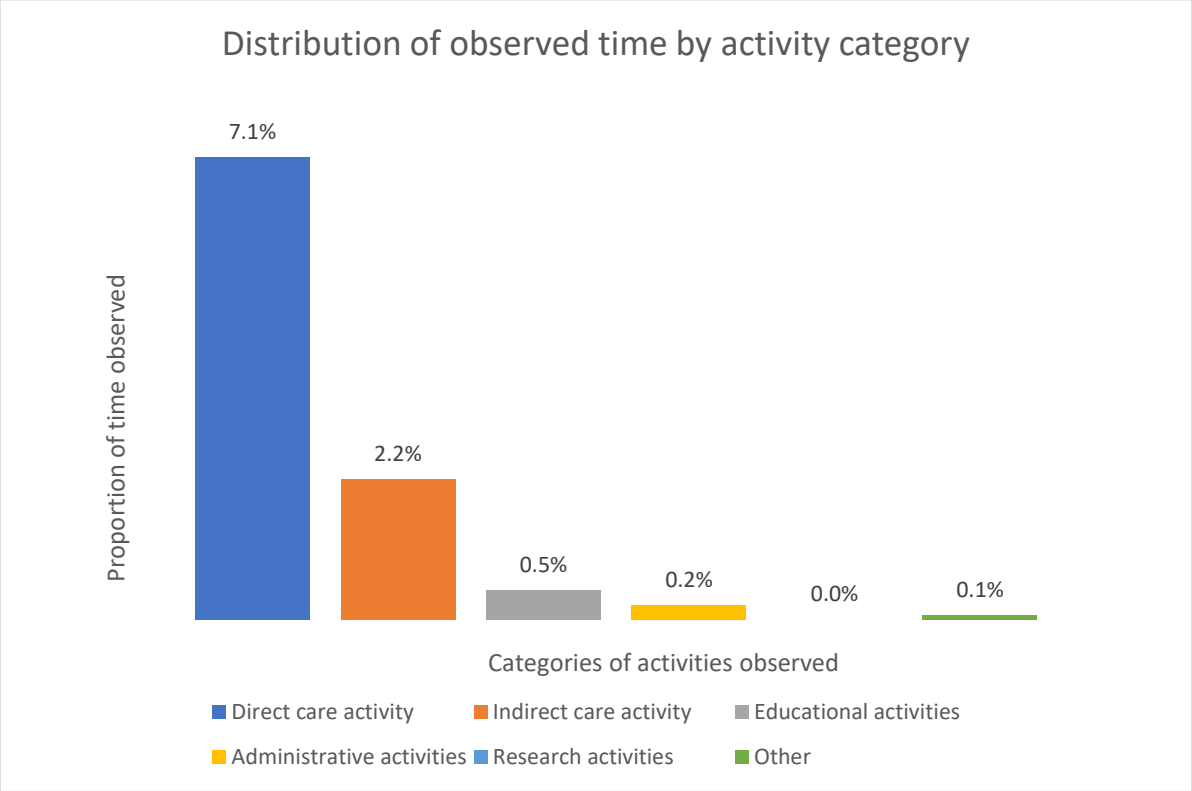

Figure 2: Distribution of observed time by activity category

From the observations made (n= 882 minutes), Figure 2 shows that clinical activity predominates and that only 0.7% of the observed activity time was devoted to the "other" category. These activities classified as 'other' was mostly time spent talking to observers between patient encounters.

At no time were the participating APNs observed conducting any activity that was "outside the scope of practice", or that could be likened to an activity that is exclusively within the scope of non-APN nursing.

DISTRIBUTION OF OBSERVED TIME (IN MINUTES) BY ACTIVITY CATEGORY PER CASE										
	D1		**M1**		**R1**		**R2**		**S1**	
Direct care activity	46	70,8%	160	73,7%	78	54,2%	94	75,8%	258	77,7%
Indirect care activity	19	29,2%	36	16,6%	16	11,1%	20	16,1%	69	20,8%
Educational activities	0	0,0%	0	0,0%	35	24,3%	5	4,0%	0	0,0%
Administrative activities	0	0,0%	0	0,0%	15	10,4%	5	4,0%	0	0,0%

Research activities	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Other	0	0,0%	21	9,7%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,5%
Total	65	100,0 %	217	100,0 %	144	100,0 %	124	100,0 %	332	100,0 %

Table 3: Distribution of observed time (in minutes) per activity category per case

Comparing the cases through Table 2, case R1 is the only one to have a significant amount of time observed in relation to administrative activities.

3.2.2.3. Organization and support of the activity

Within each organization, addressing the health care needs of patients was a key feature of the advanced practice nursing roles. In R1 and R2, document analysis showed there were established pathways for how patients were referred to the APN. Once a physician had suggested APN follow-up to the patient, the referral was almost automatic. For cases M1, S1 and D1, the referral process was entirely controlled by the physician. In two of the cases (D1and S1) the physician introduced the APN to the patient as an assistant. The physician uses another name. "*When you say nurse to the patient right away, the patients' thought is: Yes, but I already have a nurse. I don't need one. So now I say it's my assistant. She is not a physician, but an assistant*". (PD1). The APNs all felt autonomous in their work and that they had fewer organizational constraints related to their practice, compared to when they were registered nurses. Examples include more freedom to determine their work hours and to participate in departmental or institutional projects. Issues related to remuneration and all human and material resources were raised by all the APNs during the interviews. These issues represent a support or a hindrance to the deployment of the APN's activity. Some APNs recognized the efforts made to address resource and renumeration issues and felt supported by the human resources policy of their organization. Others felt that it was the business model that was lacking and that could be a barrier to motivation. In some cases, such as in R2, funding for the position is not assured, which creates uncertainty. And in primary care, the economic model is deemed " precarious " (APNS1) by the APN. Not being able to plan for the long term can be a barrier to motivation for APNs

3.2.2.4. Qualitative dimension of the APN's activity

There were varied perceptions about AP workload and the balance of activities. For cases D1, R1 and M1, all participants felt the APN was under-utilized. "Today, there is clearly a

problem with regard to the volume of activity in the framework of the MRC package, it is still under-exploited" (DM1). This is directly linked to the low referral of physicians, or the departure of a surgeon in case of R1. Conversely for case R2, the APN felt that too much time was spent providing direct clinical care, which preventing time for other activities such as research or education activities. In case S1, all participants perceived the volume of APN activities to be adequate.

While, clinical work dominated work time, APNs perceived their role to have diverse activities. In some cases, such as in R1, this sense of diverse activity was appreciated. "In the end I do quite a lot of stuff and that's really good!" (APNR1).

Despite the early stage of implementation, participants across all of the cases felt the APNs were already having an impact within their respective organizations. Observing the advanced practice nursing role in action, helped to illustrate the benefits. Some members of the multidisciplinary team report that they notice a difference depending on whether the patient has seen the APN before or not especially concerning the knowledge of their disease. Patient satisfaction with the role was also felt to be positive. "And yes, it's working well. And I've started to get some feedback from the patients as most of them are pretty much really delighted" (PM1). The holistic approach to care and improved access to care were highlighted such by physician's positive aspects of the advanced practice nursing role. "We realized that in the end, we were probably able to postpone the moment when we needed to see a physician". (PR2).

The place of the APN in the different organizations is well defined. There is no confusion about whether the APN is a physician or takes the place of another team member. This clear role allows the APN to be a privileged interlocutor of the patients, but also of the teams vis-à-vis the physicians.

3.2.2.5 The prospects for evolution

Across all of the cases, participants viewed the advanced practice nursing role as dynamic and continuing to evolve.

In D1 and M1, the outlook is for the development of the existing APN on other sites as is already the case in R2. "*He could do a day in the outpatient clinics for stabilized patients*." (PD1)

The APN could diversify its clinical activity as proposed in R1 "*I would even say that it could do more, more in terms of qualitative points.*" (PR1).

There is an institutional will in all cases to create APN groups within institutions where advanced practice is gaining momentum. The APNs are already trying to group together or are moving towards this when there are several of them. This would make it possible to develop and pool skills around cross-cutting activities such as in R1 or R2.

The feedback from the APN in S1 highlights the need for the legislation to evolve in the short term to be in line with the actual practice of the APN in primary care. This is a notion that is rarely found in other cases except on very specific points such as the possibility of prescribing transport vouchers for example.

3.2.3. Interprofessional Collaboration and integration of the APN into the practice environment

Interprofessional collaboration is a central aspect of the APN's work. Across each of the cases, the APN collaborated with other health care professionals and providers to implement their role across a range of activities.

3.2.3.1 The APN-Physician collaboration

For all of the cases, collaboration between the physician and APN was central to the role. Patients were often the focus of this collaboration and development of a real working relationship. It takes the form of exchanges about patients: "*In general, on Fridays or Wednesdays at consultations, we take the opportunity to discuss patients and exchange views*. (PD1).

APNs also reported feeling well supported by their physician colleagues to provide safe care. The APN remains autonomous in her practice, but feedback is regular, and she knows that she can count on the physician in case of difficulty. This can be done remotely as in D1, or face-to-face. "*At any time if it gets worse, I call the physician back, and he is next door*". (APNS1).

Exchanges and feedback can take place informally through various means of communication. But the organization protocols analyzed all provide for written exchanges.

In each of the cases, APNs and physicians perceived that they had a positive working relationship. "*We work hand in hand*" (PM1), "*there is a real cooperation that has been set up*" (APNR1)

3.2.3.2 Multi-professional APN collaboration

Beyond the collaboration with physicians, study participants reported that the APNs collaborated with a variety of health professionals including psychologists, social workers, medical secretaries, dieticians, physiotherapists, expert nurses, the quality unit, or interns. This collaboration allows the APN to establish its central place in the holistic care of the patient.

In primary care, the APN collaborated with other health care providers such as the laboratory technologist, a radiologist, or pharmacist. This collaboration required work upstream to make everyone understand what the APN was and what she could do. This work is materialized here by the creation of a multi-professional health center project which integrates other professionals such as private nurses and physiotherapists. "*Even if we are not yet formalized and all the documents have not been drawn up and filed, there is already a working relationship being established, so it is interesting. So, it's interesting*". (ParS1).

The multi-professional collaboration of the APN takes several forms, it is essentially characterized by exchanges around the patients for whom the APN is recognized. "*When we discuss in staff, she goes right to the point*". (PR2).

3.2.3.3. Collaboration between the APN and management

The APN is called upon by health care managers to participate in the development of advanced practice nursing within the institution. In D1, for example, the APN was involved in the selection process for new candidates for training, and in R1, the APN was asked the APN was asked to contribute to the plan for implementing the third APN. The APN then becomes a strategic influence in the organization. *"I asked them to start thinking about the implementation of the third APN that is coming. The aim is to have their vision to think about the implementation"* (DR1)

Health care managers are also involved in monitoring APN role activities and productivity. the activity of the APN. "*For example, the manager will have feedback on the number of files, grafts that I will have done on dialysis patients*." (APNM1).

At the organizational level, the involvement manager may vary. In D1, manager is very present. In other organizations, such as in case R1, a senior administrator worked collaboratively to facilitate role implementation. Whereas in case R2, was less involved and collaborated more on an ad hoc basis to address specific implementation issues.

3.2.3.4. Integration of the APN

In all cases, the APN is well integrated in his/her care team. The APN is integrated in the life of the team "*We all eat here together, and he is here among us, everyone goes to get him*". (ParD1). The tensions are not more specific than in traditional organizations.

At the level of integration with the medical team, it is trust that seems in all cases to be an essential factor. "*On Tuesday, when I heard M present the case, the medical team trusts him as much, goes to see more than some interns*. (MR2).

This good integration is also the result of the anticipation and support of the teams towards an understanding of the role of the APN. "*I explained to them what it was, so that there would be no confusion*". (APNR1). But the key factor common to all cases is the positioning of the APN and her attitude towards the team. "*I think he has the intelligence to systematically go back and forth with the team*". (DD1). The APN, in what he is and, in his attitude, becomes a major factor of integration.

What also facilitates the integration of the APN is the highlighting of his or her contributions, both to the patients and to the team. "*I think it also enhances the value of the nurse's work with the physician*" (ParR2). "*I really have the impression of creating, and I hope so, a cohesion between the paramedical and medical team, which was functioning a little bit in their own corner"*. (APNR2).

4. DISCUSSION

The aim of this study was to evaluate the quality of the implementation of advanced practice in the French context. The results are structured around three themes, the activities of the APN, the construction of the APN project and the collaboration and integration of the APN into its work team.

In the construction of the various APN projects studied, the main principles of the PEPPA model were identified (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). The projects were institutionally driven, stakeholders were brought together, a needs assessment was conducted upstream, a reflection on the place of the APN was conducted, and a concern for evaluation was raised. However, in no project was evidence generation used during the implementation process. In relation to needs assessment, for example, while in some cases stakeholders were asked about this, it was not done in a formal, structured and documented way.

The APNs identified in each case study had a high degree of clinical activity in their role. In the narratives it is possible to identify all the steps of a structured consultation and clinical reasoning (data collection by interview and clinical examination, synthesis, recommendations and prescriptions or prescription renewal). Their activities in relation to Hamric's model (Hamric et al., 2018) or the expectations of the reference framework of activities defined in France (Prime Minister of French Government, 2018a) are suitable for the APN profession in all cases. The skills used in their daily work clearly differentiate them from general nurses (Bachelor level). At the same time, their positioning vis-à-vis the medical activity is very clear: the APNs within the cases studied are not considered as doctors, but in the advanced evolution of their practice of their nursing function. With regard to the local manager, support for the project differs in terms of investment. Although there is no major reticence, some managers are more involved than others in the construction and support of the APN role.

The support put in place and the concern for communication around the clarity of the role are elements that allow the APN and its function to be clearly identified (Schwingrouber et al., 2021). However, today, whether for the population or even for professionals, communication around the APN role is not sufficient. The participants noted the difficulties caused by the lack of understanding of these new competences. This requires work on the part of the APN and the institution to clarify what an APN can do and contribute. There is a risk that the APN is restricted to the functions that fall within the medical field of competence (Schwingrouber et al., 2021). Communication about the role of the APN, especially in the mainstream media or by the health authorities, is essential, as the function of the APN suffers from a lack of consensus as to its definition for health professionals or patients (Teare et al., 2017). In this study, this is reflected in particular in the question raised by the referral of patients: in two cases, the physician does not use the term "nurse" when referring patients to the APN; he circumvents this by using the terms "assistant" or "collaborator". However, these terms have a different regulatory meaning in France, which can lead to confusion about the roles of each. This circumvention therefore raises questions about the communication of the APN role to patients and about the perception of the nursing profession and the evolution of its skills.

The APNs in the cases studied all collaborated perfectly with their professional environment. Depending on the organization of the clinical setting, some actors are more involved than others, but the APN never works in isolation and regularly exchanges with colleagues. This is a testament to the quality of the implementation, as collaboration is a

core competence of the APN (Hamric et al., 2018). Despite the difficulties in understanding the role in the construction of the project, if the APN collaborates it is because his/her activity is understood by all, everyone finally knows what is expected of him/her (Kilpatrick et al., 2019). The nature of the collaboration is adapted to each area as each project is built in a personalized way as recommended by the PEPPA framework (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004).

Effective collaboration leads to easier integration into teams (Poghosyan & Liu, 2016). Teams are aware of the role of the APN, do not feel threatened, and as a result relation are relatively calm. The integration of APNs into the teams is the result of several factors, but the role of the APN in the construction, his or her personality and adapted positioning that can be likened to the leadership of the APN represent a major element in the successful integration of the APN (Poghosyan & Liu, 2016).

This evaluation model based on the PEPPA Plus framework (Bryant-Lukosius et al., 2016) allows to assess the quality of the implementation of an APN role. The construction of the project in line with the PEPPA framework, the nature of the activities developed, or the collaboration and integration of the APN are factors to be considered to ensure a quality implementation to ensure the good development of advanced nursing practice (Bryant-Lukosius et al., 2016). The case study methodology allowed for an in-depth exploration of these aspects and an awareness of what has been done and what should be done to improve implementation, both for existing APNs, but also for future implementation projects. This model allows APNs and stakeholders to reflect on the nature of their business in a valued way at a time when the project is in place and there is still time to rectify gaps. Conducting this assessment requires immersion; while not particularly time consuming, it does require upstream organization to maximize time on site. The methodology of this dedicated model could be strengthened by integrating other sources of data collection into the case study. A tool linked to the evaluation of practices would make it possible to obtain quantitative data on the quality of the collaboration and to refine the results. The expected benefit of advanced practice nursing is improved job satisfaction (Steinke et al., 2018), it would seem appropriate to evaluate this criterion in order to assess whether the project and its prospects correspond to the expectations of the APN. The model could also include patients' perceptions of the implementation of advanced practice nursing (Ammi et al., 2017). In this way, the evaluation model would be more complete and would provide an overall account of the quality of the implementation of advanced practice in the implementation phase.

4.1 Limitations

This study has its limitations. The main one is that, in the cases studied, the implementation went relatively smoothly. It will be interesting to study situations where APN is not well integrated, or where activities are not appropriate. The study took place in clinical settings in the context of the health crisis, which led to organizational difficulties, sometimes limiting the time on site of the investigators or the availability of some participants.

5. CONCLUSION

This study made it possible to assess the quality of the implementation of advanced practice through exemplary cases in the various fields of intervention and in various possible clinical settings, in a country that has just set up advanced practice nursing roles by regulation. The proposed evaluation model appears to be effective in assessing the quality of the implementation of advanced practice, but it needs to be enriched. Further research is now needed, and it would be interesting to conduct studies by area of intervention to identify the specificities of possible implementation, and to evaluate the link between the quality of implementation and the achievement of the APN's clinical objectives also including the patients' perspective

REFERENCES

Alexandre, M. (2013). The scientific rigour of the methodological framework of a multiple case study. Qualitative research, 32(1), 26-56.

Ammi, M., Ambrose, S., Hogg, B., & Wong, S. (2017). The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care : Results from the Canadian QUALICO-PC study. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 121(12), 1215-1224. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.019

Andregård, A.-C., & Jangland, E. (2015). The tortuous journey of introducing the Nurse Practitioner as a new member of the healthcare team : A meta-synthesis. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(1), 3-14. https://doi.org/10.1111/scs.12120

Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. Journal of Advanced Nursing, 48(5), 530-540. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x

Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles : Development, implementation and evaluation. Journal of Advanced Nursing, 48(5), 519-529. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x

Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., Grossmann, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Schwendimann, R., Ulrich, A., Weibel, L., Callens, B., & De Geest, S. (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. https://doi.org/10.1111/jnu.12199

Colson, S., Schwingrouber, J., Evans, C., Roman, C., Bourriquen, M., Lucas, G., Mellinas, M., Brunet, P., Cermolacce, M., Chinot, O., Mayen, S., & Berbis, P. (2021). The creation and implementation of advanced practice nursing in France : Experiences from the field. International Nursing Review, n/a(n/a). https://doi.org/10.1111/inr.12684

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance. International Journal of Nursing Studies, 50(5), 587-592. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. The Milbank Quarterly, 83(4), 691-729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

French Ministry of Solidarity and Health. (2018). Exercise in advanced practice. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_flyer_ssa_2018_a4_pratique_avancee.pdf

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2018). Advanced Practice Nursing : An Integrative Approach (6e éd.). Elsevier Health Sciences.

International Council of Nurses. (2020). Advanced nursing practice guidelines (p. 43).

Kilpatrick, K. (2011). Development and validation of a time and motion tool to measure cardiology acute care nurse practitioner activities. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing = Journal Canadien En Soins Infirmiers Cardio-Vasculaires, 21(4), 18-26.

Kilpatrick, K., Jabbour, M., Tchouaket, É., Acorn, M., Donald, F., & Hains, S. (2019). Implementing primary healthcare nurse practitioners in long-term care teams : A qualitative descriptive study. Journal of Advanced Nursing, 75(6), 1306-1315. https://doi.org/10.1111/jan.13962

Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Fernandez, N., Jabbour, M., Dubois, C.-A., Paquette, L., Landry, V., Gauthier, N., & Beaulieu, M.-D. (2021). Patient and family views of team functioning in primary healthcare teams with nurse practitioners : A survey of patient-reported experience and outcomes. BMC Family Practice, 22(1), 76. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01406-y

McDonnell, A., Goodwin, E., Kennedy, F., Hawley, K., Gerrish, K., & Smith, C. (2015). An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. Journal of Advanced Nursing, 71(4), 789-799. https://doi.org/10.1111/jan.12558

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). Qualitative analysis in the humanities and social sciences (4e éd.). Armand Colin.

Poghosyan, L., & Liu, J. (2016). Nurse Practitioner Autonomy and Relationships with Leadership Affect Teamwork in Primary Care Practices : A Cross-Sectional Survey. Journal of General Internal Medicine, 31(7), 771-777. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3652-z

President of French republic. (2016). Law No. 2016-41 of 26 January 2016 on the modernisation of our health system.

Prime Minister of French Government. (2018a). Order of 18 July 2018 on the study regime for the state diploma of advanced practice nurse.

Prime Minister of French Government. (2018b). Decree No. 2018-629 of 18 July 2018 on advanced practice nursing.

Prime Minister of French Government. (2018c). Decree No. 2018-633 of 18 July 2018 on the state diploma for advanced practice nurses.

Schober, M. (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.

Schober, M., Gerrish, K., & McDonnell, A. (2016). Development of a conceptual policy framework for advanced practice nursing : An ethnographic study. Journal of Advanced Nursing, 72(6), 1313-1324. https://doi.org/10.1111/jan.12915

Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S., & Colson, S. (2021). Exploratory study of hospital stakeholders' perceptions of the introduction of advanced practice nurses. Recherche en soins infirmiers, N° 145(2), 104-121.

Steinke, M. K., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2018). An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally. International Nursing Review, 65(2), 162-172. https://doi.org/10.1111/inr.12389

Teare, J., Horne, M., Clements, G., & Mohammed, M. A. (2017). A comparison of job descriptions for nurse practitioners working in out-of-hours primary care services : Implications for workforce planning, patients and nursing. Journal of Clinical Nursing, 26(5-6), 707-716. https://doi.org/10.1111/jocn.13513

Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings : A scoping review. International Journal of Nursing Studies, 104, 103443. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443

Yin, R. K. (2014). Case Study Research : Design and Methods (5e éd.). Sage publications.

5.Discussion des travaux de thèse

La pratique avancée, son implantation et son évaluation dans le contexte français constituent le thème principal de ces travaux de thèse. Au cours de cette thèse doctorale deux objectifs principaux ont été étudiés :

1) Explorer la perception des parties prenantes vis-à-vis de la future implantation des IPA en milieu hospitalier grâce à une étude qualitative par focus group et entretiens auprès de médecins, infirmiers, encadrants paramédicaux, futurs IPA et patients.
   Proposer des recommandations pour guider les établissements vers une implantation de qualité de la pratique avancée infirmière

2) Evaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée lors de la phase de mise en œuvre en menant une étude de cas multiple auprès d'environnement au sein desquels évoluent des IPA en poste.
   Valider l'adaptation transculturelle d'un outil d'évaluation de l'utilisation des compétences de l'IPA

Ce chapitre propose de discuter de l'ensemble des résultats de thèse en apportant des réflexions autour des thèmes issus des travaux de recherche, puis en menant une analyse critique des travaux, et en déclinant les perspectives du développement de la pratique avancée en France.

5.1. Réflexions sur l'apport de la particularité du contexte français.

L'implantation de la pratique avancée est un thème de recherche qui a été largement traité par la littérature internationale. Avant la conception de ces travaux de thèse, de nombreux projets ont évoqué les barrières et les leviers que pourraient rencontrer les acteurs de santé vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée (Torrens et al., 2020). Le modèle PEPPA était déjà identifié par la littérature comme un modèle de référence largement utilisé (Boyko et al., 2016).

Ces travaux de thèse nous ont montré que malgré une importante littérature, ils ont permis de faire émerger des résultats propres au contexte français. La pratique avancée, s' il existe une définition commune, des caractéristiques communes, des enjeux communs se développe de manière particulière dans chaque contexte (Pulcini et al., 2010).

5.1.1. La compréhension du rôle IPA est un facteur universel de l'implantation.

Les travaux de thèse nous montrent l'intérêt de la compréhension du rôle IPA. Pour les participants dans les deux projets, l'activité de l'IPA doit être claire, précise et connue de tous. Cela permet d'éviter la confusion, et ainsi de laisser imaginer que l'IPA prendra la place d'un autre professionnel ou pourra réaliser des actes qui ne sont pas de son ressort. Construire un rôle clair semble efficace selon les participants pour éviter les tensions et les conflits à venir. Que ce soit dans l'étude sur la perception des parties prenantes, l'adaptation de la grille d'observation ou l'évaluation de la qualité de l'implantation, certaines caractéristiques se retrouvent dans l'intérêt de la compréhension du rôle. Les participants ont mis en avant cet aspect pour éviter les tensions au sein des équipes mais surtout pour clarifier les missions de l'IPA. Savoir concrètement ce que fait l'IPA permet d'éviter la confusion et de rassurer les membres de l'équipe sur la répartition des compétences. Les porteurs de projets ont clairement identifié cet aspect dans la construction du rôle IPA, ce qui se traduit par peu ou pas de tension.

La littérature montre parfaitement cet aspect et place la compréhension du rôle comme un facteur d'intégration majeur de la stratégie d'implantation (Schober, 2015). L'incompréhension des compétences pourrait amener à rendre l'IPA interchangeable par la hiérarchie (Kilpatrick, DiCenso, et al., 2014). Le manque de clarté du rôle de l'IPA, serait une des principale source de conflit, particulièrement si cela concerne le champ d'exercice (Carter et al., 2013). D'autres facteurs sont identifiés par la littérature et par les travaux de thèse comme par exemple, la place de l'institution dans le développement du projet, ou le manque de financement (Carter et al., 2013; DiCenso et al., 2010).

Mais il est intéressant de comprendre pourquoi la compréhension du rôle représente un facteur majeur d'intégration des IPA.

Dans les différents systèmes de santé l'implantation d'un projet IPA est perçu comme novateur, (McNamara et al., 2009). L'IPA est mise en place pour apporter une solution dans un contexte sous tension, mais son rôle est parfois présenté de manière trop imprécise (Pulcini et al., 2010). Les résultats de thèse nous rappellent que le développement des compétences jusqu'alors médicales qui arrivent dans le champ de l'IPA, risque d'évincer les autres aspects de la profession. Et ce manque de compréhension du rôle compliquerait alors l'intégration des IPA en encourageant la défiance médicale et en altérant la relation de confiance (Schober, 2010). Dans ces travaux de thèse, la défiance médicale n'a pas été le risque majeur identifié. Lors de l'évaluation, certains participants ont évoqué la réticence de certains médecins vis à vis

du développement de la pratique avancée. Cependant c'est le côté disruptif d'un projet d'implantation qui risquerait d'entraver la compréhension du rôle et donc l'intégration des IPA.

Les IPA représentent dans la culture des soins en France une vraie rupture. Au-delà des compétences appartenant au champ médical, c'est l'autonomie ou la capacité de réaliser un suivi complet qui sont des aspects novateurs dans notre système. Cela se traduit dans les résultats par la question de l'adressage des patients ; certains médecins n'osent pas dire clairement que l'IPA est infirmier, c'est un aspect que l'on ne retrouve pas ailleurs. Donc au-delà de la compréhension du rôle, c'est l'acceptation de ce rôle confronté à l'image de la profession infirmière qui est en jeu dans notre contexte. Face à cela, une institution forte, un médecin porteur, un travail de compagnonnage, une communication efficace sont des facteurs qui favoriseront l'intégration des IPA, mais le prérequis reste la clarification du rôle.

5.1.2. Le leadership infirmier est un facteur essentiel de la qualité de l'implantation de la pratique avancée.

L'étude en lien avec la perception des parties prenantes hospitalières identifie le leadership comme une compétence nécessaire au profil des IPA. Cependant ils ne montrent pas le leadership comme facteur facilitant l'intégration des IPA. Les participants de l'étude de l'évaluation de la qualité de l'implantation évoquent l'importance de la personnalité de l'IPA, mais ne mentionnent jamais le terme de leadership.

Or la littérature montre l'importance du leadership infirmier pour faciliter l'intégration des IPA (Carter et al., 2010). D'Amour et collègues (2007) , mettent en avant le fait que l'IPA doit être capable de communiquer, de rassembler et de créer des alliances. Ils proposent également que le leadership soit un critère de sélection des candidats (D'Amour et al., 2007). Northouse (2016) définit le leadership comme le processus par lequel un individu est capable d'influencer un groupe. Il est alors facile de comprendre comment le leadership devient un facteur essentiel de l'intégration des IPA. L'IPA va devoir convaincre des médecins, des équipes de soins et devra donc faire preuve de leadership pour y parvenir. Si le leadership infirmier n'a pas été reconnu comme facteur d'intégration en France, il est nécessaire de le mettre en avant. Le leadership est une compétence centrale de l'IPA, identifiée comme tel par Hamric (Hamric et al., 2018). Le futur professionnel doit alors par son expertise et sa formation acquérir les savoirs nécessaires pour être persuasif et ainsi faciliter son intégration.

Le développement de la pratique avancée en France est une opportunité pour la valorisation de la profession infirmière. Les IPA doivent montrer qu'ils sont capables d'influencer la qualité des soins, leurs contributions auprès de l'organisation des soins ou le système de santé (Berger

& Ducharme, 2019). Le leadership devient alors un moyen de légitimer la pratique avancée mais aussi de valoriser la profession infirmière. Il devient nécessaire pour influencer à différents niveaux et notamment au niveau politique (Berger & Ducharme, 2019)

5.1.3. La planification du rôle IPA est un facteur nécessaire à la qualité de l'implantation de la pratique avancée.

Au sein des résultats de thèse, l'importance de la planification du rôle a été parfaitement identifiée. Le rôle doit être anticipé, un groupe de travail doit être mené et l'activité doit être construite en fonction des besoins identifiés. La littérature montre également l'importance de la planification du rôle IPA (Schober, 2015). La construction d'un groupe de travail, la sensibilisation des parties prenantes, l'engagement des intervenants ou l'identification des leviers et des freins sont autant de principes à suivre pour mener un projet d'implantation de la pratique avancée (Schober, 2010).

Sur ce sujet, les résultats sont en adéquation avec la littérature, et avec le modèle PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Au travers des différents projets de recherche de la thèse nous retrouvons les différentes étapes du modèle PEPPA. La réunion des parties prenantes, l'évaluation des besoins, ou l'évaluation des résultats.

Cependant, il existe des manquements. Tout d'abord si la nécessité d'identifier les besoins auxquels la pratique avancée pourrait répondre est clairement abordée dans ces travaux ; la construction du rôle à partir d'objectifs précis issus de ces besoins n'y apparaît pas. Cela peut représenter un écueil à la qualité de l'implantation. En effet, des objectifs clairement posés permettent de savoir et de faire savoir à tous ce pourquoi l'IPA est en place. Cela participe donc à la clarté du rôle dont nous avons vu précédemment l'intérêt primordial pour l'intégration des IPA. Cela va de pair avec le deuxième manquement au modèle PEPPA identifié au sein des travaux de thèse. Si les participants des différents projets ont identifié des étapes à suivre pour planifier le rôle IPA en adéquation avec le modèle PEPPA, jamais le modèle n'a été mentionné tel quel. Que ce soit de la part des médecins, des IPA, des cadres ou des membres de la direction, aucun participant ayant participé ou comptant participer à un projet d'implantation de la pratique avancée infirmière n'a fait référence au modèle PEPPA. Cela représente une problématique car comme cela été identifié dans la littérature, la stratégie d'implantation doit être basée sur un modèle (Aguilard et al., 2017), et le modèle de référence est le cadre PEPPA.

Le fait que les acteurs de santé ne prennent pas le modèle PEPPA en référence peut-être le témoin de la place de l'utilisation des données probantes en sciences infirmières en France. Mener une revue de littérature rapide permet d'identifier le modèle PEPPA comme cadre de référence. S'il n'est pas mentionné, c'est que l'on peut supposer que ce travail n'a pas été fait. Quelle est la place accordée aujourd'hui par les membres de la direction d'établissement hospitalier aux données probantes issues des sciences infirmières ? Comment les professionnels de santé paramédicaux ré-investissent-ils les données probantes dans leurs pratiques ? Nous sommes face à une évolution, les sciences infirmières ont désormais un conseil national des universités, les centres hospitaliers universitaires ont des coordonnateurs paramédicaux de la recherche. Une étude qualitative récente explore les perceptions des infirmiers et paramédicaux français vis-à-vis de la recherche et des données probantes (Ricci et al., 2021). Cette étude montre que les professionnels utilisaient leurs expériences pour aborder les soins, mais que la culture des données probantes faisait défaut (Ricci et al., 2021). Les IPA, leur développement, leurs contributions à des travaux de recherche doivent participer à la légitimité de l'utilisation des données probantes dans les soins et dans leur organisation.

5.2. Analyse critique des travaux de thèse

Un projet doctoral est un travail qui s'inscrit dans le temps long, au minimum trois ans. Au cours de ces travaux, des facteurs facilitants, mais aussi des difficultés sont venus le jalonner. L'infirmier doctorant a pu s'appuyer sur des partenariats, a dû faire face à des imprévus. Ces travaux de thèses ont des points forts, mais aussi des limites, des points à améliorer qu'il est nécessaire d'analyser pour une mise en perspective du travail effectué.

5.2.1. Points forts des travaux de thèse

5.2.1.1. Travaux innovants

Ce projet de thèse doctorale a été initié dès le mois de juillet 2018 suite à la parution des décrets encadrant l'exercice et la formation des IPA en France. Le travail de recherche bibliographique précoce a permis d'identifier rapidement la problématique à laquelle cette thèse allait devoir répondre. Dès le mois de juillet 2018, le modèle PEPPA est apparût comme un cadre dont il fallait s'inspirer. Il semblait nécessaire de se pencher sur la perception des parties prenantes hospitalière avant que les IPA soient en poste pour pouvoir fournir des recommandations aux établissements de santé. Alors que la pratique avancée infirmière venait d'émerger sur le plan législatif, que seule deux universités proposaient une validation des études supérieures pour obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, le premier projet de

recherche a été construit avec pour optique l'accompagnement des premiers acteurs de santé vers une implantation de qualité.

Adapter les résultats de la littérature internationale au contexte français pour mieux accompagner les acteurs de santé, c'est ce qui a guidé la conception du projet de thèse et c'est ce qui en fait un projet innovant. La pratique avancée existait en France avant la parution des décrets, à la fois sur le plan législatif avec son évocation dans l'article 119 de la loi de 2016, mais aussi à travers le développement des master en sciences clinique infirmière clairement orienté vers la pratique avancée, ou encore avec l'existence de groupe de réflexion autour de la fonction d'IPA. Cependant la parution des décrets a marqué une scission, un avant et un après, désormais les IPA ont un cadre d'exercice et un référentiel d'activité et de compétences.

En se positionnant si tôt, les travaux de thèse ont pu contribuer à une application directe de l'accompagnement des acteurs de santé à travers la publication en 2019 du guide d'implantation publié par l'ARS PACA (ARS PACA, 2019). Ce guide qui propose un récapitulatif de la fonction d'IPA et détaille sept recommandations a été construit grâce aux travaux de thèse. Il a vocation à être diffusé et utilisé directement par les acteurs de santé.

De la même manière, les travaux innovants que représentent ce projet doctoral ont permis de publier les deux premiers articles en lien avec la pratique avancée infirmière en France « post décret » (Colson et al., 2021; Schwingrouber et al., 2021).

5.2.1.2. Partenariat avec l'ARS PACA

Dès la parution des décrets de juillet 2018, l'ARS PACA et Aix-Marseille Université se sont inscrit dans un partenariat autour de la pratique avancée. Ce partenariat se caractérise par le recrutement de six infirmiers hospitalo-universitaires co financés par l'ARS PACA dont les missions sont doubles. A savoir enseigner au sein de la formation menant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée et implanter la pratique avancée au sein des établissements auxquels ils sont rattachés.

Mais au-delà de ce projet, ces travaux de thèse s'inscrivent complètement dans le cadre de ce partenariat.

Un poste a été créé à l'ARS PACA pour orienter la stratégie d'implantation de la pratique avancée sur les données probantes sous la direction du directeur technique régional. Ce poste était occupé pendant 18 mois par l'infirmier doctorant. Les travaux de thèse étaient couplés avec les mission ARS, notamment l'étude de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée. L'infirmier doctorant a conçu ce projet dans le souci de produire des données probantes qui pourraient être diffusées par la voix académique,

mais aussi dans un souci d'accompagnement pratique et professionnel pour les acteurs de santé. Le guide d'implantation de l'ARS PACA représente l'illustration de l'application professionnelle des travaux de thèse.

Même au-delà de l'arrêt de la collaboration directe en mars 2020 entre l'infirmier doctorant et l'ARS PACA, le partenariat a été poursuivi à travers une participation de l'ARS dans le projet d'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée.

L'ARS PACA a été un soutien majeur de ces travaux de thèse : si cela a permis une large diffusion des recommandations et des travaux issus de la thèse, cela a été facilitateur dans l'organisation des projets de recherche et l'enrichissement du réseau professionnel.

5.2.1.3. Représentativité de la population étudiée.

Ces travaux de thèse se déclinent en deux projets comprenant en tout trois études. Dans la conception de chaque étude, un effort a été particulièrement consenti pour obtenir la plus grande représentativité possible. Les domaines d'interventions sont dans chaque étude tous représentés. Dans l'adaptation de la grille d'évaluation et dans l'évaluation de la qualité de l'implantation non seulement les domaines d'interventions sont tous représentés, mais une différenciation a été faite au sein du domaine pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires (PCS). En effet, les participants ou les cas étudiés provenaient d'IPA diplômés dans la mention PCS soit en milieu hospitalier, soit en soins primaires.

Le partenariat ARS PACA-AMU a largement contribué à faciliter le recrutement des participants et des cas étudiés. Les anciens étudiants étaient volontaires pour participer à des projets de recherche en lien avec l'implantation de la pratique avancée représentent un réseau qu'il a été aisé de contacter. L'ARS PACA en sollicitant directement des établissements partenaires a également représenté un facilitateur dans la construction des projets de recherche.

Au-delà des domaines d'intervention, les projets ont une portée territoriale. Une portée régionale pour la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée et une portée nationale pour l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée. Si les échantillonnages n'avaient pas vocation à être représentatifs au sens statistique, la construction des échantillons a été anticipée pour explorer la variabilité autour de la question de recherche (Kohn & Christiaens, 2014). L'objectif était à travers l'échantillonnage, de produire suffisamment de données pour répondre à la question de recherche (Kohn & Christiaens, 2014).

5.2.2. Points faibles et difficultés rencontrées

5.2.2.1 Soins primaires pas assez représentés dans les travaux

Au sein des travaux de thèse, en comparaison avec les soins hospitaliers, les soins primaires ne sont pas assez représentés. Ils sont absents de la première étude. Cela est lié à la temporalité. Lors de la construction du premier projet de recherche, les IPA exerçant en soins primaires n'étaient pas encore déployés. L'arrêté du 30 décembre 2019 portant sur l'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie n' a été publié qu'après le premier projet (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Or c'est la publication de l'avenant 7 qui a accéléré le déploiement de la pratique avancée en exercice libéral lui offrant un modèle de financement. Avant cela, les IPA ne pouvaient se projeter dans un exercice en soins primaires. Les structures de soins coordonnées qui accueillent des IPA n'avaient aucune représentation de la pratique avancée ni de ce qu'elle pouvait apporter et comment les implanter. De plus, il existait au même moment un facteur de confusion avec l'annonce par le gouvernement de la création du métier d'assistant médical.

Au sein de l'évaluation de la pratique avancée les soins primaires sont représentés, mais leur spécificité n'est pas mise en avant particulièrement. Les résultats ont été analysés comme tous les autres milieux cliniques en ne prenant en compte que l'absence de hiérarchie et la spécificité liée au fait que les membres de l'équipe sont eux aussi des professionnels de santé libéraux.

5.2.2.2 Difficulté de généralisation des résultats

Les résultats de thèse bien que nombreux ne sont pas généralisables du fait des méthodes utilisées mais tout à fait transférables. La première étude est territoriale mais avec une approche régionale. D'autres aspects sont en prendre en compte notamment le rôle des ARS dans l'implantation. Dans ce projet nous nous sommes efforcés de répondre aux objectifs en explorant la perception des parties prenantes. Mais ces travaux doivent être contextualisés notamment au niveau territorial et les acteurs de santé doivent s'approprier les résultats en prenant en compte son propre contexte.

Au cours de l'évaluation de l'implantation il était attendu que nous puissions rencontrer des retours d'expérience en lien avec certaines difficultés. Si certaines ont été rapportées par les participants, d'autres n'ont pas été évoquées. Parmi les cas étudiés il n'y en a aucun où l'IPA n'était pas intégrée au sein de son équipe. L'IPA collaborait parfaitement avec les membres de son équipe, cela se traduisait par le verbatim lors des entretiens, mais aussi lors des observations. Il aurait été intéressant de rencontrer des situations d'intégration difficiles pour

pouvoir en analyser les causes. Il est impossible d'affirmer que les IPA en France sont toutes parfaitement intégrées dans leurs équipes, et donc de généraliser les résultats de cette étude. Cependant, les aspects qui ont favorisé cette intégration peuvent être identifiés et transférés.

5.2.2.3 Difficultés extérieures

Au mois de mars 2020, après 18 mois de collaboration directe, le contrat de l'infirmier doctorant qui lui permettait de travailler au sein de l'ARS PACA a dû prendre fin. Cette rupture non programmée a compliqué le bon déroulement de la thèse à plusieurs niveaux. Les perspectives du programme de recherche ont été remises en question, l'infirmier doctorant n'étant plus rattaché directement à l'ARS PACA. La conception du deuxième projet a donc été modifiée en se privant de l'appui direct de l'agence. Mais les liens professionnels créés ont permis la poursuite d'une collaboration moins directe et d'un appui stratégique. Cependant, cette difficulté a représenté un point d'étape crucial dans le projet doctoral nécessitant une remise en question concernant la poursuite ou non du projet.

Cette difficulté est arrivée parallèlement à l'apparition de la crise sanitaire de la Covid-19. L'infirmier doctorant résidant en Seine saint Denis, un département particulièrement touché par la crise a intégré une unité Covid. Les travaux de recherche ont été mis en suspens afin de participer à la mobilisation des professionnels de santé pour gérer cette pandémie. Cependant, grâce à l'encadrement du projet doctoral, et à la motivation de l'infirmier doctorant, l'énergie nécessaire a été retrouvée pour concevoir et mettre en place la suite des travaux de thèse.

Lors de la collecte des données de l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée, la Covid a également été une difficulté. A certains moments, et dans certains lieux le temps de présence de l'infirmier doctorant a été limité et la disponibilité de certains participants a été écourtée en raison de la charge de travail directement liée à la crise sanitaire. De plus, le risque d'exposer les patients a participé, avec les délais d'obtention d'un accord d'un comité de protection des personnes, à la décision de ne pas les intégrer dans le projet d'évaluation.

5.3. Perspectives

Les travaux de thèse ne posent pas un point final à la réflexion sur l'accompagnement des acteurs de santé vis-à-vis de l'implantation et l'évaluation de la pratique avancée en France. Les travaux en eux-mêmes seront poursuivis, des recherches doivent être menées, le partenariat entre l'ARS PACA et AMU se poursuit, et la pratique avancée en France n'en est qu'a ses prémices. Il est nécessaire de s'interroger sur son avenir, la forme qu'elle va prendre au fil du temps, la place des IPA dans le système de santé et les approches que vont choisir les autorités pour la poursuite de son développement.

5.3.1. Publications, communications et poursuite des recherches

L'étude de la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée a fait l'objet de plusieurs communications nationales, et une communication orale internationale en septembre 2021 lors du congrès du Conseil international des infirmiers dédié à la pratique avancée. Cette communication a fait l'objet de nombreuses questions post-conférence sur la particularité du contexte français.

Ce projet de thèse comprend deux articles publiés, et un article soumis. Au moment de la rédaction de ce manuscrit, les retours en lien avec l'article soumis sont toujours en attente. La soumission a été faite auprès du Journal of advanced nursing qui représente une revue à fort impact factor au sein des sciences infirmières. Une publication dans cette revue contribuera à la diffusion du contexte français de l'implantation de la pratique avancée à l'étranger.

La validation de l'adaptation de la grille d'observation des activité IPA sera soumise à une revue francophone. L'objectif est d'atteindre les acteurs de santé pour une utilisation pratique de cet outil. Les établissements de santé, les structures de soins primaires pourront évaluer la répartition des activités des IPA évoluant dans leurs structures.

Si les travaux de thèse ont permis, ou vont permettre la publication de résultats, des recherches complémentaires doivent être menées.

Le modèle d'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée doit évoluer. Il doit pouvoir intégrer les notions de satisfaction professionnelle, un outil quantitatif de mesure des pratiques collaboratives pourrait être ajouté, et la perception des patients pourrait être intégrée. Au-delà du risque sanitaire et des délais d'obtention d'un accord CPP, le fait de ne pas intégrer les patients dans cette étude représentait un choix méthodologique. L'objectif était d'évaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée. Or dans la majorité des cas les patients n'avaient été vus par l'IPA qu'une seule fois. Il nous a semblé difficile d'évaluer de manière significative le ressenti des patients n'ayant été confrontés que si peu de temps à l'IPA. Mais dans une perspective d'évolution du modèle, il est tout à fait envisageable d'intégrer l'expérience patient dans le modèle d'évaluation.

Des études liées au développement de la pratique avancée en soins primaires exclusivement doivent être menées. Il existe aujourd'hui une perception de difficulté liée à l'installation des IPA en soins primaires. Il est nécessaire d'objectiver ce phénomène, et de l'explorer.

Les premières IPA sont en poste en France depuis septembre 2019. Il existe désormais assez de données pour pouvoir évaluer la contribution des IPA. Les recherches doivent être menées à différents niveaux. Au niveau d'un type de patientèle avec une approche par pathologie, au niveau d'une structure ou au niveau du système de santé. Les indicateurs doivent être fixés en fonction des objectifs poursuivis par le déploiement des IPA. C'est pourquoi au niveau national une première étude devrait évaluer l'impact des IPA sur l'accessibilité aux soins et l'amélioration de la qualité des parcours des patients.

5.2.3 Perspectives d'évolution de la pratique avancée en France

Désormais, quasiment toutes les universités proposent une formation pour obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. Cependant, le déploiement de la pratique avancée en France n'en est qu'à ses balbutiements. De ce fait, cette nouvelle perspective pour la discipline infirmière évolue et va continuer d'évoluer. Les premiers retours d'expériences permettent de mettre en avant les problématiques du quotidien rencontrées par les IPA.

Ainsi des modifications juridiques sont à prévoir. Si elles n'ont pas encore lieu, des réflexions se posent. Il existe certaines restrictions du droit de prescription qui sont mises en avant. Ces manquement entachent l'autonomie de l'IPA qui doit solliciter un médecin, ou coupler son entretien avec un rendez-vous médical nuisant à la fluidification du parcours patient. Cet exemple parmi d'autres est le témoin d'un déploiement rapide et doit être pris en compte au niveau juridique. Afin de prendre en compte ces retours d'expérience l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) mène une enquête qui aboutira à un rapport prévu à l'automne 2021.

Au mois d'Août 2019, un nouveau domaine d'intervention IPA est apparût. Les textes en lien avec le domaine Psychiatrie et santé mentale ont été publiés un an après les premiers décrets encadrant l'exercice et la formation en pratique avancée (Premier ministre du gouvernement français, 2019b). Cette évolution témoigne d'une volonté de quadriller l'ensemble du champ de la santé. Au moment de la rédaction de ce manuscrit, les derniers ajustements sont en train d'être discutés pour la création d'un nouveau domaine d'intervention en lien avec les soins d'urgences. Les contenus exacts du cadre d'exercice ne sont pas connus. La création d'une nouvelle spécialité semble témoigner de l'approche choisie par les autorités de santé pour le développement de la pratique avancée. Cette approche semble être une approche par pathologie, les IPA diplômées en PCS par exemple suivent des patients diabétiques, atteints de problèmes cardiaques ou neurologiques. Cette approche a été choisie dans d'autres pays au moment du développement avant de se tourner vers une approche populationnelle notamment au Canada

(Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2019). Au Canada les IPA ne sont différenciées que par leur type d'activité, elles peuvent être infirmière clinicienne ou praticienne. Cela modifie leur autonomie, leur champ de pratique mais pas leur domaine d'intervention (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2019). La formation des IPA canadienne est généraliste et c'est leur expérience qui les différencie (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2019). Les IPA canadiennes travaillent dans des domaines d'interventions plus larges qu'en France, comme les soins aux ainés, les soins des plaies, la santé publique, ou les soins primaires (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2019). L'approche populationnelle vise à prendre en compte les spécificités d'un groupe populationnel afin de prévenir et d'améliorer sa santé (Béland, 2012). Elle prend en compte l'ensemble des intervenants en s'approchant du concept des soins intégrés en partant du principe que chaque acteur a un rôle à jouer et en percevant le patient non pas seulement comme une personne atteinte d'une pathologie, mais comme une personne évoluant dans un environnement sanitaire et social (Levesque et al., 2009).

Tendre vers un modèle intégré nécessite l'instauration du principe de confiance entre professionnels de santé. Les travaux de thèse semblent montrer que cette confiance entre l'IPA et les autres professionnels s'acquiert au fil du temps. La construction de la confiance interpersonnelle est conditionnée à l'environnement, au « climat de confiance » qui peut se créer (Mériade et al., 2018). Plus les acteurs sont proches sur le plan géographique, mais aussi sur le plan cognitif, social, organisationnel ou institutionnel plus les relations sont fortes et plus la confiance s'acquiert ou se maintien facilement (Mériade et al., 2018). Dans les perspectives de développement de la pratique avancée en France, l'environnement dans lequel va évoluer l'IPA doit prendre en compte cette dimension. La confiance est un enjeu du développement de la pratique avancée face à l'aspect disruptif que représente cette nouvelle fonction.

La pratique avancée infirmière poursuit son développement en France, et sur le plan international son évolution représente une préoccupation permanente (Conseil International des Infirmières., 2020). La publication des contributions des IPA, des retours d'expérience liés à leur implantation, à leur intégration, les modèles économiques associés sont autant d'éléments qu'il est nécessaire de mettre en avant pour encourager et faciliter le déploiement de la pratique avancée. Le CII en publiant des directives participe à cette évolution, permet aux professionnels de se reposer sur des documents clairs permettant d'éliminer les obstacles, de faciliter la compréhension de la fonction d'IPA partant du principe que la pratique avancée contribue à des soins de qualité, sûrs et abordables (Conseil International des Infirmières., 2020). Howard Catton, directeur général du CII, dans son discours de clôture de la 11^{ième} conférence du CII sur la pratique avancée a conseillé :

« *Nous devons continuer d'œuvrer à ce que tous nos dirigeants politiques voient la pratique infirmière avancée comme la première pierre sur laquelle nous appuyer pour nous relever et bâtir des systèmes de santé plus solides* » (Conseil International des Infirmières., 2021)

Conclusion

Ces travaux de thèse ont permis de développer des connaissances relatives au thème de la pratique avancée infirmière et plus spécifiquement liées à son implantation ou son évaluation.

Les résultats produits à travers les différentes études de ce programme de recherche ont été alimenté grâce à l'enthousiasme suscité par les participants à intégrer un projet qu'ils qualifiaient d'innovant. Chaque personne sollicitée avait à cœur au sein de chaque étude de partager sa perception, son avis, ou son expérience en espérant que sa contribution puisse faire avancer la question de la pratique avancée en France.

Même s'il est difficile de généraliser les résultats, les travaux produits permettent d'apporter les premières pierres à l'édifice de la pratique avancée dans le contexte Français. Les acteurs de santé peuvent désormais s'approprier des données probantes produites dans leur contexte pour implanter ou évaluer la pratique avancée. Bien que la littérature internationale ait largement traité le sujet, désormais un directeur des soins, un cadre de santé, ou un représentant d'association de patient peut s'appuyer sur la spécificité de notre système de santé pour faire entendre sa voix au sein d'un projet d'implantation de la pratique avancée.

Des travaux complémentaires sont nécessaires, des recherches doivent être poursuivies pour continuer à accompagner les acteurs de santé vers une implantation de qualité de la pratique avancée. L'ensemble des transformations de cette fonction tant au niveau disciplinaire avec la création de nouveaux domaines d'intervention, ou au niveau législatif avec l'évolution des décrets encadrant l'exercice, nécessitent d'accompagner les acteurs de santé en continuant à produire des données probantes.

La poursuite du partenariat entre l'université et l'ARS PACA est de bonne augure pour permettre d'orienter la stratégie d'implantation sur les données probantes. La pratique avancée infirmière doit être connue de tous, à la fois des patients mais aussi des professionnels afin d'éviter les confusions. Sa reconnaissance et sa légitimité passent également par la publication de résultats d'efficacité sur les patients et leur état de santé. C'est ainsi, en s'assurant d'une implantation de qualité que la pratique avancée pourra trouver sa place au sein du système de santé, non plus comme une nouvelle fonction mais comme une fonction à part entière de l'organisation des soins. Et c'est en poursuivant la démarche entreprise dans ces travaux de thèse, que la pratique avancée à travers la mobilisation des sciences infirmières contribuera à la valorisation de la profession infirmière dans son ensemble.

Bibliographie

Abdellah, F. (1969). The nature of nursing science. *Nursing Research*, *18*(5). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5194777/

Aguilard, S., Colson, S., & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : Une revue de littérature. *Sante Publique*, *29*(2), 241‑254.

Aguirre-Boza, F., Mackay, M. C. C., Pulcini, J., & Bryant-Lukosius, D. (2019). Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Chile. *Acta Paulista de Enfermagem*, *32*, 120‑128. https://doi.org/10.1590/1982-0194201900018

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Brom, H. M., Todd, B. A., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Cunningham, R. S., & McHugh, M. D. (2021). Value of Nurse Practitioner Inpatient Hospital Staffing. *Medical Care*, *59*(10), 857‑863. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001628

Alexandre, M. (2013). The scientific rigour of the methodological framework of a multiple case study. *Qualitative research*, *32*(1), 26‑56.

Allsop, S., Morphet, J., Lee, S., & Cook, O. (2021). Exploring the roles of advanced practice nurses in the care of patients following fragility hip fracture : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(5), 2166‑2184. https://doi.org/10.1111/jan.14692

Antypas, K., & Kirkevold, M. (2020). Structure evaluation of the implementation of geriatric models in primary care : A multiple-case study of models involving advanced geriatric nurses in five municipalities in Norway. *Bmc Health Services Research*, *20*(1), 749. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05566-y

ARS Bretagne. (2020). *Infirmiers de pratique avancée : L'ARS Bretagne accompagne financièrement leur installation*. http://www.bretagne.ars.sante.fr/infirmiers-de-pratique-avancee-lars-bretagne-accompagne-financierement-leur-installation

ARS Ile de France. (2017). *Projet Préfiguration d'infirmiers cliniciens spécialisés – Rapport Final*. http://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-prefiguration-dinfirmiers-cliniciens-specialises-rapport-final

ARS Ile de France. (2020). *IPA FDP 4 mentions & PROTOCOLE ORGA Version juin 2020.pdf*. https://www.iledefrance.paps.sante.fr/system/files/2020-06/IPA%20FDP%20%204%20mentions%20%26%20PROTOCOLE%20ORGA%20Version%20juin%202020.pdf

ARS Ile de France. (2021). *Déploiement des infirmiers en pratique avancée en Ile-de-France*. http://www.iledefrance.ars.sante.fr/deploiement-des-infirmiers-en-pratique-avancee-en-ile-de-france-0

ARS Normandie. (2021). *La formation d'infirmier en pratique avancée (IPA) en Normandie*. http://www.normandie.ars.sante.fr/la-formation-dinfirmier-en-pratique-avancee-ipa-en-normandie

ARS PACA. (2019). *Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée*. ARS PACA. https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2019). *Les soins infirmiers en pratique avancée, Un cadre pancanadien*. https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/advanced-practice-nursing-framework-fr.pdf

Avignon, A., Fesler, P., Daien, C., Costa, D., Picot, M.-C., Roubille, F., Sultan, A., Viarouge-Reunier, C., Attalin, V., Badin, M., Boegner, C., Demoly, P., Dauzat, M., David, M., Lognos, B., Morel, J., Pasquié, J.-L., Ribstein, J., Granier, S., … Bousquet, J. (2015). Living Lab MACVIA Maladies chroniques. *La Presse Médicale*, *44*, S47‑S54. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.07.009

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998). Intervention Mapping : A Process for Developing Theory and Evidence-Based Health Education Programs. *Health Education & Behavior*, *25*(5), 545‑563. https://doi.org/10.1177/109019819802500502

Begley, C., Comiskey, C., Higgins, A., Lalor, J., Elliott, N., Sheerin, F., & Coyne, I. (2010). *An Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE)* [Report]. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery in Ireland. http://www.tara.tcd.ie/handle/2262/68341

Béland, F. (2012). Prévention des maladies et promotion de la santé des personnes âgées. *Gerontologie et societe*, *35 / HS n° 1*(5), 205‑216.

Berger, V., & Ducharme, F. (2019). Le leadership infirmier : Un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 136*(1), 6‑6.

Berland, Y. (2003). *Rapport d'étape : Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences*. https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf

Berland, Y., & Bourgueil, Y. (2006). *Rapport cinq experimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*.

Boschma, G., Davidson, L., & Bonifacio, N. (2009). Bertha Harmer's 1922 textbook - The Principles and Practice of Nursing : Clinical nursing from an historical perspective. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(19), 2684‑2691. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02891.x

Bouquet, B., & Dubéchot, P. (2017). Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts. *Vie sociale*, *2*, 13‑23.

Bourdillon, F., Brücker, G., & Tabuteau, D. (2005). Définitions de la santé publique. *Traité de santé publique, Université Pierre et Marie Curie*.

Bourrée, F., Michel, P., & Salmi, L. R. (2008). Méthodes de consensus : Revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *56*(6), 415‑423. https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.09.006

Bousquet, J., Anto, J. M., Sterk, P. J., Adcock, I. M., Chung, K. F., Roca, J., Agusti, A., Brightling, C., Cambon-Thomsen, A., Cesario, A., Abdelhak, S., Antonarakis, S. E., Avignon, A., Ballabio, A., Baraldi, E., Baranov, A., Bieber, T., Bockaert, J., Brahmachari, S., … Auffray, C. (2011). Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases. *Genome Medicine*, *3*(7), 43. https://doi.org/10.1186/gm259

Bovero, M., Giacomo, C., Ansari, M., & Roulin, M.-J. (2018). Role of advanced nurse practitioners in the care pathway for children diagnosed with leukemia. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, *36*, 68‑74. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.08.002

Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (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. https://doi.org/10.1111/wvn.12160

Bryant-Lukosius, D., Cosby, R., Bakker, D., Earle, C., Fitzgerald, B., & Burkoski, V. (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, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(5), 530‑540. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x

Bryant‐Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles : Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(5), 519‐529. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x

Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., Grossmann, F., Henry, M., Herrmann, L., Koller, A., Schwendimann, R., Ulrich, A., Weibel, L., Callens, B., & De Geest, S. (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. https://doi.org/10.1111/jnu.12199

Calot, G., Chesnais, J.-C., Confesson, A., PARANT, A., & SARDON, J.-P. (1997). *Le vieillissement démographique dans l'Union européenne à l'horizon 2050 : Une étude d'impact*. Futuribles international.

Carter, N., Dobbins, M., Ireland, S., Hoxby, H., Peachey, G., & DiCenso, A. (2013). Knowledge gaps regarding APN roles : What hospital decision-makers tell us. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, *26*(4), 60‐75. https://doi.org/10.12927/cjnl.2013.23629

Carter, N., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., Bourgeault, I., & DiCenso, A. (2010). The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, *23 Spec No 2010*, 167‐185. https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22274

Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A.-S. (2018). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care : A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, *78*, 61‐75. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010

Colson, S., Schwingrouber, J., Evans, C., Roman, C., Bourriquen, M., Lucas, G., Mellinas, M., Brunet, P., Cermolacce, M., Chinot, O., Mayen, S., & Berbis, P. (2021). The creation

and implementation of advanced practice nursing in France : Experiences from the field. *International Nursing Review*, *n/a*(n/a). https://doi.org/10.1111/inr.12684

Conseil International des infirmières. (2008). *Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée.*

Conseil International des Infirmières. (2008). *Synthèse de politique du CII*. Conseil International des Infirmier(e)s. http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2016/05/Synthese_de_politique_du_CII_6.pdf

Conseil International des Infirmières. (2020). *Directives sur la pratique infirmière avancée* (p. 43).

Conseil International des Infirmières. (2021). *Discours de clôture de la 11ième Conférence du CII sur la pratique avancée infirmière*. ICN - International Council of Nurses. https://www.icn.ch/fr/actualites/le-directeur-general-du-cii-declare-que-les-gouvernements-doivent-investir-rapidement

Conseil national de l'ordre des médecins. (2020). *Atlas de la démographie médicale en France*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C.-A., Perroux, M., Beaulieu, M.-D., Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., & Sansgter-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams : Results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, *15*, 78. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0731-5

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(5), 587‑592. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010

Currie, K., & Grundy, M. (2011). Building foundations for the future : The NHS Scotland advanced practice succession planning development pathway. *Journal of Nursing Management*, *19*(7), 933‑942. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01299.x

Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 121*(2), 18‑27.

D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C.-A., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C., & Cyr, G. (2007). *Évaluation de l'Implantation du Programme d'Intéressement au Titre d'Infirmière Praticienne Spécialisée*.

de Guzman, A., Ciliska, D., & DiCenso, A. (2010). Nurse Practitioner Role Implementation in Ontario Public Health Units. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, *101*(4), 309‑313. https://doi.org/10.1007/BF03405292

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Carter, N., Kaasalainen, S., & Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, *23 Spec No 2010*, 211‑238. https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22279

Direction Générale de l'Offre de Soins. (2018a). *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique*.

Direction Générale de l'Offre de Soins. (2018b). *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique*.

Direction Générale de l'Offre de Soins. (2019). *Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers*.

Direction Générale de l'Offre de Soins. (2021). *Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin*.

Dlamini, C. P., Khumalo, T., Nkwanyana, N., Mathunjwa-Dlamini, T. R., Macera, L., Nsibandze, B. S., Kaplan, L., & Stuart-Shor, E. M. (2020). Developing and Implementing the Family Nurse Practitioner Role in Eswatini : Implications for Education, Practice, and Policy. *Annals of Global Health*, *86*(1), 50. https://doi.org/10.5334/aogh.2813

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank Quarterly*, *83*(4), 691‑729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Harbman, P., Marshall, D., & DiCenso, A. (2015). Hospital to community transitional care by nurse practitioners : A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(1), 436‑451. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011

Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Harbman, P., Kaasalainen, S., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R., Donald, E. E., Lloyd, M., Wickson-Griffiths, A., Yost, J., Baxter, P., Sangster-Gormley, E., Hubley, P., Laflamme, C., Campbell-Yeo, M., … DiCenso, A. (2014). A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists : What is the quality of the evidence? *Nursing Research and Practice*, *2014*, 896587. https://doi.org/10.1155/2014/896587

Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N., & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(10), 2148‑2161. https://doi.org/10.1111/jan.12140

Dunphy, M. (2019). *Hamric and Hanson Advanced Practice Nursing An Integrative Approach EDITION 6*.

https://www.academia.edu/41705921/Hamric_and_Hansons_Advanced_Practice_Nursing_An_Integrative_Approach_EDITION_6

Eurostat. (2020). *Population au 1er janvier par âge, sexe et type de projection*. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do

Fackler, C. A. (2019). Retaining older hospital nurses : Experienced hospital nurses' perceptions of new roles. *Journal of Nursing Management*, *27*(6), 1325‑1331. https://doi.org/10.1111/jonm.12814

Fassier, J.-B., Lamort-Bouché, M., Sarnin, P., Durif-Bruckert, C., Péron, J., Letrilliart, L., & Durand, M.-J. (2016). Le protocole de l'intervention mapping : Un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *64*(1), 33‑44. https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.10.002

Féry-Lemonnier, É., Monnet, É., & Prisse, N. (2014). Parcours de santé. *ADSP*, *88*.

Fontaine, P. (2017). Vers une médecine de parcours en diabétologie : Quels sont les enjeux? *Médecine des Maladies Métaboliques*, *11*(1), 15‑17.

Foster, C. B., Simone, S., Bagdure, D., Garber, N. A., & Bhutta, A. (2016). Optimizing Team Dynamics : An Assessment of Physician Trainees and Advanced Practice Providers Collaborative Practice. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, *17*(9), e430-436. https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000881

Fourcade, N., Von Lennep, F., Grémy, I., & Bourdillon, F. (2017). *L'état de santé de la population en France–Rapport 2017*. Santé publique France; Drees. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf

Fournier, C., Bourgeois, I., & Naiditch, M. (2018). Action de santé libérale en équipe (Asalée) : Un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*, *232*(8).

Garvey, T. M., & McCarron, N. M. (2018). A nursing perspective of caring for patients with end-stage renal disease in hospitals. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, *29*(4), 755. https://doi.org/10.4103/1319-2442.239644

Gay, B. (2013). Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. */data/revues/03987620/v61i3/S0398762013002095/*. https://www.em-consulte.com/en/article/810830

Goldkuhl, G. (2012). Pragmatism vs interpretivism in qualitative information systems research. *European Journal of Information Systems*, *21*(2), 135‑146. https://doi.org/10.1057/ejis.2011.54

Gouvernement du Québec. (2018). *Décret 85-2018 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) du 7 février 2018*. 4.

Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les Maladies chroniques : Vers la troisième médecine*. Odile Jacob.

Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M., & Essig, S. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care : A qualitative study. *BMC Family Practice*, *20*(1), 163. https://doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2018). *Advanced Practice Nursing : An Integrative Approach* (6e éd.). Elsevier Health Sciences.

Hardy, M.-S., & Dallaire, C. (2021). Un développement de savoir disciplinaire infirmier influencé par deux visions de la science. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 144*(1), 10‑21.

HAS. (2008). *Délégation, transferts, nouveaux métiers… Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf

HAS. (2012). *Parcours de soins, Question/Réponses*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

HAS. (2014a). *Guide du parcours de soins de la BPCO*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf

HAS. (2014b). *Guide du parcours de soins de l'insuffisance cardiaque*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf

HAS. (2014c). *Protocole de coopération entre professionnels de santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

HAS. (2017). *Actes et prestations—Affection de longue durée-L'Accident Vasculaire Cérébral invalidant*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/07-042-traceur_liste-adl-avc.pdf

HCAAM. (2014). *Avis sur la coopération des professionels de santé*. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_cooperation.pdf

Helmer-Hirschberg, O. (1966). *Analysis of the Future : The Delphi Method*. https://www.rand.org/pubs/papers/P3558.html

Hurlock-Chorostecki, C., & McCallum, J. (2016). Nurse Practitioner Role Value in Hospitals : New Strategies for Hospital Leaders. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, *29*(3), 82‑92.

Insee. (2012). *Offre de soins de premier recours : Proximité ne rime pas toujours avec accessibilité*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281420

Insee. (2017). *Projections à l'horizon 2070*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2844302

Insee. (2020a). *Bilan démographique 2020*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724#titre-bloc-28

Insee. (2020b). *Population par âge – Tableaux de l'économie française*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#

Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., O'Connell, J., & Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(1), 421‑435. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research : A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, *33*(7), 14‑26. https://doi.org/10.3102/0013189X033007014

Jones, E. G., & Kay, M. (1992). Instrumentation in cross-cultural research. *Nursing Research*, *41*(3), 186‑188. https://doi.org/10.1097/00006199-199205000-00012

Kaushik, V., & Walsh, C. A. (2019). Pragmatism as a Research Paradigm and Its Implications for Social Work Research. *Social Sciences*, *8*(9), 255. https://doi.org/10.3390/socsci8090255

Keenan, A. M., Mutterback, E. E., Velthuizen, K. M., Pantalone, M. E., & Gossack-Keenan, K. L. (2018). Perceptions of the effectiveness of Advanced Practice Nurses on a neurosurgery unit in a Canadian Tertiary Care Centre : A pre-and-post implementation design. *International Journal of Nursing Sciences*, *5*(2), 138‑143. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.008

Kilpatrick, K. (2011). Development and validation of a time and motion tool to measure cardiology acute care nurse practitioner activities. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing = Journal Canadien En Soins Infirmiers Cardio-Vasculaires*, *21*(4), 18‑26.

Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R., & Carter, N. (2014). Clinical nurse specialists in Canada : Why are some not working in the role? *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, *27*(1), 62‑75. https://doi.org/10.12927/cjnl.2014.23738

Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Harbman, P., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A.

(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. https://doi.org/10.1111/jep.12219

Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., & Doran, D. (2012). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(7), 1504‐1515. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05895.x

Kleinpell, R. M. (2013). *Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing : Third Edition*. Springer Publishing Company.

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie economique*, *Tome LIII*(4), 67‐82.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*(1), 159‐174.

Letrilliart, L., Bourgeois, I., Vega, A., Cittée, J., & Lutsman, M. (2009). Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative–Deuxième partie : De « Maladie» à « Verbatim». *Exercer*, *88*, 106‐112.

Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B., & Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, *Vol. 40*(4), 251‐265.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions : Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, *6*(7), e1000100. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100

Lowe, G., Plummer, V., & Boyd, L. (2018). Nurse practitioner integration : Qualitative experiences of the change management process. *Journal of Nursing Management*, *26*(8), 992‑1001. https://doi.org/10.1111/jonm.12624

Maier, C. B. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care : Policy levers for implementation*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en

Marshall, D. A., Donald, F. C., Lacny, S., Reid, K., Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Charbonneau-Smith, R., Harbman, P., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., & DiCenso, A. (2015). *Assessing the quality of economic evaluations of clinical nurse specialists and nurse practitioners : A systematic review of cost-effectiveness*. https://doi.org/10.1016/j.npls.2015.07.001

Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care : Systematic review. *BMJ Open*, *5*(6), e007167. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167

McCrory, G., Patton, D., Moore, Z., O'Connor, T., & Nugent, L. (2018). The impact of advanced nurse practitioners on patient outcomes in chronic kidney disease : A systematic review. *Journal of Renal Care*, *44*(4), 197‑209. https://doi.org/10.1111/jorc.12245

McDonnell, A., Goodwin, E., Kennedy, F., Hawley, K., Gerrish, K., & Smith, C. (2015). An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(4), 789‑799. https://doi.org/10.1111/jan.12558

McNamara, S., Giguère, V., St-Louis, L., & Boileau, J. (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. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00467.x

Mériade, L., Rochette, C., & Talbot, D. (2018). La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier : Une proposition de lecture par la Proximité. *Gestion et management public, Volume 7 / n° 1*(3), 31‑52.

Ministère des solidarités et de la santé. (2009). *Plan national 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.* https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_du_comite_de_suivi_2008_Maladies_chroniques.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Parcours de santé, de soins et de vie*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Exercice en pratique avancée*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_flyer_ssa_2018_a4_pratique_avancee.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Arrêté du 30 décembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007*.

Morandi, F. (2004). Pragmatisme et pratiques en éducation. *Recherches & éducations*, *6*, Article 6. https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.318

Morin, D. (2018). *La pratique infirmière avancée : Vers un consensus au sein de la francophonie.* Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF).

Morin, D., Ramelet, A.-S., & Shaha, M. (2013). Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 115*(4), 49‑58.

Murray, L., Reidy, M., & Carnevale, F. A. (2010). Stakeholders' conceptualizations of the nurse practitioner role in the pediatric emergency department. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.), 22*(4), 88‑100.

Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. M., Heindel, L., & Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008 : A systematic review. *Nursing Economic$, 29*(5), 230‑250; quiz 251.

Nguyen-Khac, A. (2017). Mesures de l'accès aux soins : L'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. *Revue francaise des affaires sociales, 1*, 187‑195.

Ninane, F., Brioschi Levi, H., Lehn, I., & D'Amour, D. (2018). Implantation du rôle d'infirmière clinicienne spécialisée dans un centre hospitalier universitaire en Suisse : Une recherche action. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, *4*(4), e215‑e222. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.07.002

Northouse, P. (2016). *Leadership : Theory and practice. Thousand Oaks* (Sage).

Observatoire des territoires. (2017). *Le viellissement de la population et ses enjeux*. https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-11/le_vieillissement_de_la_population_et_ses_enjeux_0.pdf

Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization : An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.), 21*(1), 58‑71. https://doi.org/10.12927/cjnl.2008.19691

Oldenburger, D., Cassiani, S. H. D. B., Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R. K., Baumann, A., Pulcini, J., & Martin-Misener, R. (2017). Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública, 41*, e40. https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.40

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. World Health Organization.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *Qualitative analysis in the humanities and social sciences* (4e éd.). Armand Colin.

Papon, S., & Beaumel, C. (2018). *Bilan démographique 2017. Plus de 67 millions d'habitants en France au 1er janvier 2018*.

Parant, A. (2005). Les enjeux du vieillissement de la population. *Revue francaise d'administration publique*, *no113*(1), 83‑95.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access : Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, *19*(2), 127‑140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Poghosyan, L., Norful, A. A., Liu, J., & Friedberg, M. W. (2018). Nurse Practitioner Practice Environments in Primary Care and Quality of Care for Chronic Diseases. *Medical Care*, *56*(9), 791‑797. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000961

Premier ministre du gouvernement français. (2018a). *Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée*.

Premier ministre du gouvernement français. (2018b). *Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée*.

Premier ministre du gouvernement français. (2018c). *Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée*.

Premier ministre du gouvernement français. (2018d). *Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine*.

Premier ministre du gouvernement français. (2019a). *Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie*.

Premier ministre du gouvernement français. (2019b). *Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale*.

Premier ministre du gouvernement français. (2021). *Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté*.

Président de la République française. (2004). *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*.

Président de la République française. (2009). *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*.

Président de la République française. (2016). *LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*.

Président de la République française. (2019). *LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*.

Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (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. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x

Ricci, L., Beguinet, M., Guillemin, F., & Klein, S. (2021). French nurses' and allied health professionals' perception of research in their fields : A descriptive qualitative study. *International Nursing Review*. https://doi.org/10.1111/inr.12709

Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge : The evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, *14*(4), 330‑335. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03420.x

Saftner, M. A., & Ruud, M. N. (2021). *Overview of Advanced Practice Registered Nursing*. Springer Publishing Company. https://connect.springerpub.com/content/book/978-0-8261-6153-6/part/part01/chapter/ch01

Schmid-Mohler, G., Clarenbach, C., Brenner, G., Kohler, M., Horvath, E., Spielmanns, M., & Petry, H. (2020). Advanced nursing practice in COPD exacerbations : The solution for a gap in Switzerland? *Erj Open Research*, *6*(2), 00354‑02019. https://doi.org/10.1183/23120541.00354-2019

Schober, M. (2010). APN role development : Strategies to conquer the challenges. *Singapore Nursing Journal*, *37*(2), 16‑18.

Schober, M. (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.

Schober, M. (2016). *Introduction to Advanced Nursing Practice : An International Focus*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32204-9 SMASH

Schoenenberger, N., Sottas, B., Merlo, C., Essig, S., & Gysin, S. (2020). Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices : A qualitative study. *Bmc Nursing*, *19*(1), 90. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00482-2

Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S., & Colson, S. (2021). Exploratory study of hospital stakeholders' perceptions of the introduction of advanced practice nurses. *Recherche en soins infirmiers*, *N° 145*(2), 104‑121.

Singh, D., & OMS. (2008). *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Spitzer, W. O. (1978). Evidence that justifies the introduction of new health professionals. In *The professions and public policy*. University of Toronto Press, Toronto.

Staples, E., Ray, S. L., & Hannon, R. A. (2017). *Perspectives canadiennes de la pratique infirmière avancée*. Canadian Scholars' Press.

Steinke, M. K., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2018). An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally. *International Nursing Review*, *65*(2), 162‐172. https://doi.org/10.1111/inr.12389

Stemler, S. E. (2004). *A Comparison of Consensus, Consistency, and Measurement Approaches to Estimating Interrater Reliability*. https://doi.org/10.7275/96JP-XZ07

Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings : A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, *104*, 103443. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443

Tourigny, J., Berthiaume, C., & Rouleau, V. (2010). *Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : De la théorie à la réalité*. *7*(2), 5.

Vergier, N., Chaput, H., & Lefebvre-Hoang, I. (2017). *Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer?* Drees. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review : Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 546‐553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Wiedenbach, E. (1964). *Clinical nursing, a helping art.* Springer Pub. Co.

Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the

emergency and critical care settings : A systematic review. *Human Resources for Health*, *15*(1), 63. https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9

Yeager, S. (2010). Detraumatizing nurse practitioner orientation. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, *17*(2), 85‑101. https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181e73607

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research : Design and Methods* (5e éd.). Sage publications.

Notes

Annexes

ANNEXE 1 : Tableau d'extraction des données de la revue de littérature « Utilisation du modèle PEPPA »

Auteur/Année	Milieu d'étude Pays Type d'étude	Objectif de l'étude	Etapes du PEPPA étudiées	Caractéristiques méthodologiques utilisés	Principaux résultats
Bovero and al. 2018	Unité d'oncologie-hématologie pédiatrique. Centre hospitalier universitaire Suisse Etude descriptive	Décrire l'approche adoptée pour mettre en œuvre les IPA dans une unité d'oncologie-hématologie pédiatrique.	Etapes 1 à 7	**Etape 1:** Définir la population cible Description du parcours existant **Etape 2**: Réunir les parties prenantes Constitution de 2 groupes de travail Micro: prestataires de soins de santé dirigeants, dont les rôles influencent et facilitent la mise en œuvre de la pratique avancée. Macro: les prestataires de santé en activité qui ont un rôle dans la définition du profil de l'IPA. **Etape 3:** Analyser les forces et les faiblesses du modèle de actuel afin d'identifier les améliorations nécessaires. Etude observationnelle mixte : Questionnaires aux enfants, parents, équipes de soins et médicales + Entretiens avec le parents + Comparaison avec les recommandations internationales.	Etape 1: Chemin clinique rédigé Etape 2: Au niveau micro : la hiérarchie infirmière, l'infirmière gestionnaire de l'unité et du département de pédiatrie, la direction des soins de santé et le responsable médical de l'unité. Au niveau macro: Recrutement de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux, concernés par la nouvelle organisation de soins. Et dieteteciens, associations de parents, enseignants, secrétaires et thérapeutes. Etape 3: 13 entretiens semi-structurés avec des parents d'enfants atteints de LAL en phase d'entretien ont été réalisés sur une période de 3 mois. en charge non personnalisée de l'anesthésie.Instatisfaction du temps consacré par le personnel médical et infirmier pour évaluer l'impact de la maladie et du traitement sur leur vie quotidienne. Manque de satisfaction concernant la coordination entre les différents prestataires de soins de santé. 35 questionnaires ont été envoyés à tous les prestataires de soins de santé impliqués dans la prise en charge des enfants atteints de LAL. Le même niveau d'insatisfaction a été relevé.

					Priorités identifiées : Consultation primaire avec les parents au sujet du diagnostic de LAL de l'enfant ; Suivi étroit de l'enfant et des parents pour les aider dans leur changement de rôle et leur prise de décision ; Préparation de l'enfant à faire face aux procédures douloureuses
				Etape 4: Identifier les problèmes prioritaires en matière de soins de santé qui doivent être traités Focus group + Entretiens individuels avec équipe médicale, travailleur sociaux et paramédicaux.	Etape 4: 22 infirmiers sur 27 ont participé aux focus group, et l'ensemble de l'équipe médicale aux entretiens. 4 priorités: Procédure d'annonce de tous les diagnostics aux parents Information et éducation des parents de l'enfant pendant la période de traitement d'induction de la maladie afin de les préparer à la sortie du domicile. Coordination et continuité des soins de santé Prise en charge individualisée de l'enfant et de sa famille pendant toute la durée du traitement. Retour des résultats à tous les participants
				Etape 5: Définir un nouveau modèle de soins de santé et le rôle des IPA dans ce modèle. Analyse de documents + Etude des recommandations + Utilisation des compétences IPA (Hamric) **Etape 6:** Mise en oeuvre de la stratégieConstructution du poste **Etape 7**: Lancer la mise en oeuvre du plan.Communication et définition de la collaboration avec l'ensemble des acteurs.	Etape 5: Détermination des activités cliniques directes, non directes, des pratiques collaboratives et du leadership IPA. Etape 6:Développement d'une consultation IPA et insertion dans le parcours de soins (toutes les deux semaines)Evaluation pré anesthésiqueDéveloppement de la coordination interne et externe Etape 7:Collaboration inter professionnelle essentielle pour faciliter la communication aves les équipes et les parents

Auteur/Année	Milieu d'étude Pays Type d'étude	Objectif de l'étude	Etape du PEPPA étudiée	Caractéristiques méthodologiques utilisés	Principaux résultats
Ninane et al. 2018	Centre hospitalier universitaire Suisse Etude descriptive	Exposer la stratégie et les actions mises en place à partir du cadre PEPPA pour implanter la pratique avancée sur l'établissement	Etape 5 à 9	**Etape 5:** Création d'un consensus autour de la définition de la pratique avancée en utilisant un cadre de référence (Hamric) Identification des domaines d'activités en fonction des besoins stratégiques de l'établissement Créer un consensus autour des aspects structurels et organisationnels **Etape 6**: Planifier les stratégies de mise en œuvre Enquête sur les pratiques existantes Coaching individuel aux cadres: Responsable de la stratégie d'implantation nommé Entretiens individuels Suivi personnalisé des projets Stratégie de communication: Personnalisée en fonction des publics cibles Création de supports simples	Etape 5: Définition commune adoptée 4 domaines identifiés laissant les cadres de santé identifier les besoins du personnel et des patients Elaboration d'un descriptif de fonction Rattachement hiérarchique déterminé Etape 6: Identification d'un manque: Transfert des données probantes dans la clinique Cadres rassurés par la future collaboration Repositionnement du cadre dans la future collaboration Clarté du rôle Modification des représentations Mise en avant des plus value

				Etape 7: Lancer le plan de mise en œuvre Déploiement progressif par département: En fonction des choix stratégiques Financement du poste par le département Création d'un groupe institutionnel de soutien Partage d'expérience Développement d'outils Relais des préoccupations **Etape 8:** Monitoring de l'implantation Cartographie: Monitoring du rythme d'arrivée du milieu de pratique des activités **Etape 9**: Monitoring des résultats Avant-après amélioration de la qualité Rayonnement scientifique	Etape 7: Création ou transformation de poste Laisse le temps au cadre de préparer Permet d'impliquer chaque département Après 18 mois, groupe autonome Force de proposition Etape 8: 48 postes en 6 ans Tous les départements Activités cliniques Variabilité dans l'activité du transfert des connaissances Morcellement de l'activité Etape 9: Difficile à mettre en place car pas de "avant"et à uniformiser car les temps d'implantation sont différents Publication annuelle d'environ 10 articles

Auteur/Année	Milieu d'étude Pays Type d'étude	Objectif de l'étude	Etape du PEPPA étudiée	Caractéristiques méthodologiques utilisés	Principaux résultats
Schmid-Mohler et al. 2019	Organisation hospitalière et ambulatoire prenant en charge la décompensation de la BPCO Suisse 2 revues de littérature et 1 étude qualitative	Examiner le besoin d'adaptation du modèle actuel de prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en Suisse et évaluer dans quelles mesures l'IPA pourrait y répondre	Etapes 1 à 4	**Etape 1:** Définir la population de patients et décrire le modèle de soins actuel Revue de la littérature des études quantitatives décrivant la prise en charge de la BPCO en Suisse	Etape 1: Manque de soutien systématique dans l'autogestion des patients
				Etape 2: Identifier les parties prenantes Identifier le point de vue des patients sur le modèle de soins actuel et déterminer la nécessité d'un nouveau modèle de soins. Synthèse d'études qualitatives sur le point de vue des patients (de différents pays) **Etape 3:** Déterminer la nécessité d'un nouveau modèle de soins **Etape 4:** Identifier les problèmes prioritaires et les objectifs pour améliorer le modèle de soins. Identifier le point de vue des parties prenantes sur le modèle de soins actuel et leur perception de la nécessité d'un nouveau modèle de soins et harmoniser avec les perspectives identifiées à partir des données probantes et du point de vue des patients. Focus group avec les parties prenantes 18 personnes travaillant dans différents contextes cliniques (hôpital, patients externes, réadaptation et soins à domicile) ont été examinés dans le cadre de 3 Focus group	Etape 2: Soins complets, de bonne qualité dans chaque secteur, mais fragmentés entre les secteurs Etape 3 et 4: La nécessité de coordonner la transition entre les secteurs de soins de santé , et le soutien à l'autogestion devraient être traitées par une équipe multi professionnelle. L'IPA pourrait avoir cette place pour répondre à ces besoins

Auteurs/année	Milieu d'étude Pays Type d'étude	Objectif de l'étude	Etape du PEPPA étudiée	Caractéristiques méthodologiques utilisés	Principaux résultats
Keenan and al. 2018	Unité de neurochirurgie pour patients hospitalisés dans un centre de soins tertiaires canadien. Canada Etude avant après la mise en œuvre incorporant des données qualitatives et quantitatives.	Evaluer l'impact et les perceptions du personnel infirmier et des médecins résidents en neurochirurgie suite à la mise en place de deux postes d'IPA dans une unité de neurochirurgie pour patients hospitalisés dans un centre de soins tertiaires canadien.	Etape 8	Questionnaire avant la mise en œuvre (infirmières (n=75)), Questionnaire après la mise en œuvre (infirmières (n=75 et médecins résidents n=8)) Nombre de pages d'appel des résidents adressées au résident de garde. Indicateurs : Flux des patients, documentation, communication, satisfaction patients et personnel	41% d'infirmière répondant pour le questionnaire en amont 55% pour le questionnaire en aval 80% des médecins répondants Amélioration statistiquement significative dans tous les aspects étudiés. Le nombre de pages adressées au médecin résident de garde a également diminué.
Aguirre-Boza and al. 2019	Application du cadre PEPPA au Chili par l'université Chili Etude descriptive	Décrire les étapes et les progrès réalisés par le Chili pour mettre en œuvre le rôle d'infirmière de pratique avancée en utilisant le cadre PEPPA comme guide	Etapes 1 à 6	**Etape 1:** identifier les patients et/ou les et/ou les populations nécessitant des soins de santé primaires Etablissement de la cartographie de la population dans le système de santé	Variabilité des revenus Principale cause de décès : Maladie cardio vasculaire, respiratoire et cancer Soins dispensés à l'hôpital et en centres de soins primaires En centre de soins = équipes pluridisciplinaire Soins remboursés mais délais d'attente
				Etape2: Création d'un réseau international Sollicitation des acteurs locaux	Rencontre avec des associations internationales Implication du ministère, des enseignants, d'IDE expertes en soins primaires

				Etape 3: Réunions d'experts en santé publique, en soins primaires, et représentants du ministère	Avis divergents : Pour les experts l'IPA pourrait offrir des soins directs à l'ensemble de la population. Pour le ministère : seulement au patients chroniques
				Etape 4: Recherche qualitative à prévoir pour hiérarchiser les besoins identifiés à l'étape 3	Résultats attendus : utiles pour aborder la prochaine étape, concevoir un plan stratégique et obtenir le soutien du ministère de la santé.
				Etape 5: conception d'une enquête	Identifier les compétences centrales pour le rôle rôle d'infirmière en pratique avancée dans les Soins primaires au Chili
				Etape 6: projet pilote avec le ministère pour mettre en œuvre le rôle d'IPA dans les soins de santé primaires	Démontrer les résultats de santé et les avantages de ce rôle pour atteindre les objectifs du pays. d'accroître l'accès à la santé et la couverture sanitaire universelle
Dlamini and al. 2020	Implantation de la pratique avancée au niveau d'un Etat Eswatini Etude descriptive	Decrire le processus politique d'intégration des IPA en Eswatini	Etapes 1 à 6	**Etapes 1 à 4:** En amont: Enqûete d'évaluation des besoins de santé non pourvus par la population.	Pennuries de ressources humaines notamment dans le champ des soins infirmiers spécialisés

				Réunion de travail avec les parties prenantes institutionnelles pour: Définir la population Décrire le modèle de soins actuel Etablir la nécessité d'un nouveau modèle de soins Identifier les problèmes et objectifs prioritaires	Production d'un document: le plan stratégique national par le ministère.
				Etape 5: Groupe te travail technique entre politiques et représentants professionnels, et de l'université, analyse de la littérature pour: Définir le rôle infirmier en pratique avancée Préparer à l'enseignement et aux exigences politiques/réglementaires **Etape 6**: Réunions avec les parties prenantes (infirmiers, médecins, membres de la communauté, dirigeants et décideurs) en recueillant des commentaires, sugestions sur la pratique ou la formation pour: Préparer l'introduction du rôle en PA dans le système de santé	Modification du cadre reglementaire des soins infirmiers. Modèle inspiré des Etats-unis puis ajusté au contexte local Mise en place d'un programme de formation dédié accès sur l'amélioration de l'accès aux soins. Premiers inscrits en 2017 Resultats: Plus value pour l'accès aux soins Nécessité d'être autonome Prise en compte des aspects matériels et économiques nécessaires Interrogation sur la place IPA/IDE Nécessité de sensibiliser la population Mettre en place un soutien médical la première année

Auteur/Année	Milieu d'étude Pays Type d'étude	Objectif de l'article	Etapes du PEPPA abordées	Caractéristiques méthodologiques utilisés	Principaux résultats
Oldenburger et al. 2017	Implantation de la pratique avancée en soins primaires en Amérique latine et au Caraïbes. Etude descriptive	Proposer une stratégie de mise en œuvre pour guider et soutenir au niveau national et international l'introduction des rôles IPA dans les soins de santé primaires en Amérique latine et dans les Caraïbes.	Etapes 1 à 9	**Etape 1**: Identifier les populations de patients prioritaires Tenir compte des priorités du sommet de 2015 **Etape 2**: Identifier les parties prenantes Développer un réseau de collaboration panaméricain IPA Mettre en place un groupe de travail interprofessionnel impliquant un ensemble de parties prenantes	Populations mal desservies par les soins Pour des raisons d'obstacles géographiques Pour des raisons de répartitions des soins Développer une stratégie pour entamer des discussions au niveau national sur l'introduction des rôles IPA Une compréhension claire et complète des rôles d'IPA en cours d'introduction sera développée Développer et diriger une évaluation des besoins Important que le groupe de travail comprenne des professionnels médicaux, des professionnels paramédicaux, des gestionnaires de services de santé et des décideurs

				Etape 3: Déterminer les besoins de santé non satisfaits des patients Renforcement des parties prenantes internationales aux parties prenantes nationales pour mener des évaluations	Les besoins de santé non satisfaits identifiés permettront de définir les priorités des rôles des IPA
				"**Etape 4:** Identifier les priorités et les objectifs pour introduire les rôles d'infirmière de pratique avancée dans les soins de santé primaires Les données recueillies seront utilisées pour déterminer les priorités. Les organisations internationales, peuvent collaborer avec les pays pour identifier les principaux problèmes et objectifs de santé " **Etape 5:** Définir les rôles des infirmières de pratique avancée dans les soins de santé primaires Identifier des stratégies et des solutions pour atteindre les objectifs et les résultats attendus identifiés à l'étape 4 Les instances internationales, les universités et d'autres organisations, peuvent fournir une coopération technique pour le développement d'un ensemble de compétences de base	Chaque pays sera chargé de définir les rôles et les responsabilités des IPA qui correspondent le mieux à son contexte, en s'appuyant sur les rôles infirmiers existants, mais en limitant les chevauchements avec ceux-ci. Permet de suivre, d'évaluer et de comparer ces rôles et leurs effets en Amérique latine et dans les Caraïbes

				Etape 6: Planifier des stratégies de mise en œuvre Renforcement de l'engagement des parties prenantes internationalesen créant une coalition d'infirmières et un rapport décrivant les rôles respectifs des soins infirmiers en général et des IPA en particulier Consensus des associations nationales sur les définitions des IPA, et sur la manière dont elles amélioreront les résultats dans le domaine des soins primaires Réunion des leaders nationaux de la santé de toutes les disciplines et de tous les secteurs Un plan est nécessaire pour formaliser la législation et créer des règlements Développement du corps professoral est nécessaire pour établir des programmes d'éducation crédibles pour les IPA	4 éléments clés : la défense des intérêts l'engagement, le développement et le soutien. Acceptation du rôle Leadership Réglementation Les groupes nationaux d'infirmières seront en mesure de défendre efficacement le rôle des IPA et les ressources nécessaires à leur introduction dans les systèmes de soins de santé. Lever l'ambiguïté du rôle Interprofessionalité des enseignants faciliter l'acceptation dès la formation

				Etape 7: Lancer le plan de mise en œuvre du rôle de l'infirmière de pratique avancée Au niveau international: Soutien des institutions pour sensibiliser et accompagner le développement de la PA Au niveau national: Evaluer les programmes en sciences infirmières Developper des rôles et des référentiels IPA ensemble et partager le ressources	Soutien technique pour la planification de la mise en œuvre Commencer à rédiger un programme de formation Influencer les décideurs
				Etape 8: Évaluer les rôles des IPA Soutien à la recherche par l'international menée au niveau national	Evaluer la mise en œuvre et l'impact global de la stratégie
				Etape 9: Effectuer un suivi à long terme des rôles des IPA Continuer à évaluer Partager l'expérience	Pour affiner les rôles Répondre à d'autres besoins Accompagner d'autres régions à la mise en œuvre des rôles IPA

Auteur/Année	Milieu d'étude Pays Type d'étude	Objectif de l'article	Etapes du PEPPA abordée	Caractéristiques méthodologiques utilisés	Principaux résultats
Garvey and McCarron 2018	Projection des différentes étapes de dévéloppement de la fonction d'IPA en Maladie Rénale au niveau national Arabie Saoudite Etude descriptive	Décrire les étapes de développement de la fonction d'IPA en maladie rénale à partir du modèle PEPPA	1 à 9	**Étape 1 :** Définir la population de patients et décrire le modèle de soins actuel Identifier clairement la population de patients. Cartographier l'interaction des patients et de leur famille avec leur prestataire de soins de santé tout au long de la trajectoire de leur maladie **Étape 2** : Identifier les parties prenantes et recruter les participants Associer toute personne associée aux besoins de soins de santé d'un groupe de patients	Prise en compte nécessaire d'autres disciplines La maladie rénale n'est gérée que par des médecins néphrologues Le patient , les membres de la famille, les établissements de soins de santé, le personnel de soutien comme les équipes de soins palliatifs et de transplantation, les administrateurs d'hôpitaux, les associations rénales et les organes directeurs. Au sein de l'établissement: le directeur des soins infirmiers, le directeur adjoint des soins infirmiers couvrant les unités de néphrologie, l'infirmière en chef de l'unité de dialyse, le président de la néphrologie et le directeur adjoint de l'éducation.

				Étape 3 : Déterminer la nécessité d'un nouveau modèle de soins Nécessité de créer un modèle de soins infirmiers en matière de soins rénaux Utilisation des recherches disponibles au niveau international **Étape 4** : Identifier les problèmes et les objectifs prioritaires Organiser des réunions stratégiques entre les parties prenantes concernées	Besoins à étudier: Les besoins en soins de santé des patients et de leurs familles, la manière dont ces besoins devraient être satisfaits et les résultats de la satisfaction de ces besoins, les aspects contribuant à la satisfaction de ces besoins, la manière dont les besoins sont perçus par les prestataires de soins de santé Discussion autour de la plus value IPA en terme de clinique, communication, coordination des soins, éthique
				Étape 5. Définir le nouveau modèle de soins et le rôle de l'infirmière de pratique avancée Etape 4 formalisée dans des rôles clairement définis **Étape 6**. Planifier les stratégies de mise en œuvre. Réunions stratégiques sont à nouveau organisées pour identifier les obstacles potentiels et les facteurs de facilitation pertinents Prévoir la formation des IPA Identifier et créer des structures hiérarchiques clairement définies	Les réunions des parties prenantes devraient inclure tout le personnel multidisciplinaire et permettre à tous les membres de discuter de la mise en œuvre du nouveau rôle ainsi que des obstacles qu'ils pourraient rencontrer au cours du processus de changement. Obtenir le soutien de réseaux internationaux Distinguer IPA et médecins dans le rapport hiérarchique

				Étape 7. Lancer le plan de mise en œuvre du rôle d'infirmière de pratique avancée Mise en place des étapes et stratégies de l'étape 6 pas forcement dans un ordre séquentiel	
				Etapes 8 et 9. Évaluation du rôle de l'infirmière de pratique avancée et d'un nouveau modèle de soins et suivi à long terme du rôle de l'infirmière de pratique avancée et du modèle de soins. Etudier l'impact du nouveau modèle de soins	La sécurité des patients, la satisfaction des patients et les coûts.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien et focus group étude exploratoire de la perception des parties prenantes vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée

Guide d'entretiens

✳ Instructions

Les focus group et entretiens seront menés dans un lieu dédié, pour une durée de 45 minutes à une heure. Les focus group et entretiens après accord de(s) la personne(s) interrogée(s) et de l'institution seront enregistrés numériquement pour faciliter l'analyse des données. Exceptionnellement et pour éventuellement faciliter la logistique, l'entretien pourra être réalisé par téléphone ou visio-conférence. Les données socio-démographiques des participants seront recueillies sur un document dédié au moment du focus group ou de l'entretien.

✳ Guides

- Guide Focus group soignant (Médecin, IDE, Encadrement)
- Guide Focus group Etudiant IPA
- Guide entretien Patients

⁎ Guide Focus group soignants (Médecins, IDE, Encadrement)

⁎ Thème N°1 : La perception du métier d'IPA

- Que connaissez-vous du métier d'IPA ?
- Pour vous, l'arrivée d'un IPA représente-t-elle(il) une opportunité ou une menace ? Et en quoi ?

⁎ Thème N°2 : La collaboration soignant-IPA

- Comment imaginez-vous votre collaboration directe avec l'IPA ?
- Comment imaginez-vous cette collaboration avec l'ensemble de l'équipe ?

⁎ Thème N°3 : La construction du projet IPA

- Quels sont les facteurs à prendre en compte dans la construction d'un projet IPA ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser/freiner le déploiement de la pratique avancée dans les établissements hospitaliers ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser/freiner l'intégration des IPA dans les équipes ?

✳ Guide Focus group Etudiants IPA

✳ Thème N°1 : La perception du métier d'IPA

- Comment, d'après votre perception en stage est perçut l'arrivée de la pratique avancée dans les établissements hospitaliers ?
- D'après votre expérience en stage, l'arrivée d'un IPA représente-t-elle(il) une opportunité ou une menace pour les parties prenantes ? Et en quoi ?

✳ Thème N°2 : La collaboration soignant-IPA

- Comment imaginez-vous votre collaboration directe avec les différentes parties prenantes hospitalières ?

✳ Thème N°3 : La construction du projet IPA

- Quels sont les facteurs à prendre en compte dans la construction d'un projet IPA ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser/freiner le déploiement de la pratique avancée dans les établissements hospitaliers ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser/freiner l'intégration des IPA dans les équipes ?

⁎ Guide Entretiens patients

⁎ Thème N°1 : La perception du métier d'IPA

- Que connaissez-vous du métier d'IPA ?
- Pour vous, l'arrivée d'un IPA représente-t-elle(il) une opportunité ou une menace ? Et en quoi ?

⁎ Thème N°2 : La collaboration patient-IPA

- Comment imaginez-vous votre prise en soins avec l'IPA ?
- En quoi ce nouveau mode de prise en soins pourrait être innovant en comparaison de votre suivi habituel ?

ANNEXE 3 : Grille d'observation des activités IPA initiale traduite

Visite	Heure de début	Activité	Heure de fin	Commentaires	Liste des activités	
					Activités de soins directs	
					1. Examen et évaluation clinique	2. Recueil des antécédents
					3. Évaluation du schéma familial	4- Prescrire ou interpréter des examens
					5. Mesures de confort physique	6. Soins des plaies
					7. Relation patient - thérapeutique	8. Relation familiale thérapeutique
					9. Communication de soutien	10. Enseignement / éducation
					11- Promotion de la santé/prévention des maladies.	12- Déplacements extérieurs
					13- Surveiller / prescrire des médicaments non IV	14. Surveiller / prescrire des médicaments par voie iv
					15.Tests/prélèvements/échantillons	16. Nutrition/ régime alimentaire
					17. Procédures invasives	18. Drain thoracique / Sutures
					Activités de soins indirects	
					19- Documentation	20. Planification de la sortie
					21. Échanges interprofessionnels	
					Activités éducatives	
					22. Formation/ enseignement des soins infirmiers	23. Formation et enseignement aux internes
					Activités administratives	
					24- Réunion administrative	25- Élaborer des protocoles
					26- Coordination des soins / autre organisation	27- Coordination des soins / au sein de l'organisation
					Activités de recherche	
					28- Participer à la recherche en soins infirmiers	29- Utilisation de la recherche dans la pratique
					30- Participer à la recherche/autres	
					31- Autre _____ (spécifier)	**32- Temps personnel**

ANNEXE 4 : Grille d'observation des activités IPA « finale », instructions et définitions des activités

Visite	Heure de début	Activité	Heure de fin	Commentaires	Liste des activités	
					Activités de soins directs	
					1- Examen et évaluation clinique	2- Recueil des antécédents
					3- Évaluation du schéma environnemental	4- Prescription et interprétation des examens complémentaires.
					5- Réalisation d'actes techniques	6-Relation thérapeutique avec le patient
					7- Relation thérapeutique avec la famille et/ou avec les aidants	8- Relation d'aide
					9- Conseils éducatifs et éducation thérapeutique	10- Promotion de la santé/prévention des maladies
					11- Déplacements extérieurs/Visites à domicile	12- Surveillance / prescription de médicaments
					13- Nutrition/ régime alimentaire	
					Activités de soins indirects	
					14- Documentation	15- Coordination des soins / autre organisation
					16- Coordination des soins / au sein de l'organisation	17- Échanges interprofessionnels
					Activités éducatives	
					18- Formation/ enseignement	
					Activités administratives	
					19- Réunion administrative	20- Amélioration de la qualité des soins en collaboration
					Activités de recherche	
					21- Participer à la recherche en soins infirmiers	22- Utilisation de la recherche dans la pratique
					23- Participer à la recherche/autres	
					24- Autre _____ (spécifier)	

Calendrier de formation et instructions à suivre

Une session de formation de 60 minutes est prévue la semaine précédant l'étude pour revoir les définitions de chaque élément inclus dans l'outil d'observation et les règles de notation.

Instructions pour la notation

- Remplissez la partie supérieure de la grille comme indiqué.
- L'observateur reste à l'arrière-plan. L'observateur est suffisamment proche de l'IPA pour entendre une conversation ou voir des activités.
- L'observateur ne participe pas aux activités. Peut demander à l'IPA des précisions pour identifier une activité
- L'observateur peut se déplacer pour suivre l'IPA aussi discrètement que possible.
- Indiquez la raison principale de la visite.
- Indiquez l'heure de début de chaque activité
- Choisissez le numéro de code approprié.
- Indiquez l'heure d'arrêt de chaque activité.
- Si une activité n'est pas identifiée dans la liste de codes, sélectionnez le code #24 et utilisez un mot-clé pour décrire l'activité.
- L'observateur complète la grille d'observation des « activités IPA » pendant 120 minutes consécutives (au moins).

Étude Des « activités IPA » : Définitions des activités

Définition des activités de soins directs

1- Examen et évaluation clinique
Comprend l'évaluation de l'état de santé du patient. Comprend les données objectives et subjectives issues de l'examen clinique mais également celles issues d'un dispositif de surveillance (connecté au patient ou utilisé à distance). On entend par données objectives : la mesure de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, de l'oxymétrie de pouls, de la température ainsi que les données issues de l'examen clinique telles que de l'auscultation, la percussion, la palpation et l'observation. On entend par données subjectives : les données issues de l'interrogatoire du patient. Comprend également l'évaluation neurologique, le périmètre abdominal, l'échelle de Glasgow, l'évaluation des plaies, de la douleur, du sommeil, de la vue, de l'audition, du transit, de la fatigue, de l'autonomie et des habitudes de vie. Cette activité comprend également la communication immédiate des résultats de l'évaluation clinique.

2- Recueil des antécédents
Comprend toutes les questions nécessaires posées au patient ou à son entourage pour recueillir les antécédents. Comprend les antécédents dans les domaines médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, des soins infirmiers, d'addictologie, de la gynécologie et obstétrique, des allergies. Comprends également le recueil du traitement habituel, des antécédents familiaux.

3- Évaluation du schéma environnemental
Comprend l'évaluation du fonctionnement de la famille et des proches aidants ; et les stratégies utilisées pour faire face à un problème de santé ou à une maladie. Comprend l'identification des ressources familiales et externes (infirmier, aide-soignant, aide à domicile…) mais aussi l'évaluation du niveau d'épuisement des aidants.

4- Prescription et interprétation des examens complémentaires.
Comprend la demande, l'interprétation et la communication de différents bilans biologiques, d'imagerie, les électrocardiogrammes, les données issues du télésuivi. Comprend le fait de remplir la documentation relative à la demande d'examen.

5- Réalisation d'actes techniques
Comprend l'ensemble des actes techniques prévus par l'annexe 1 de l'Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

6- Relation thérapeutique avec le patient
Processus relationnel basé sur le respect, la confiance et l'empathie avec le patient uniquement pour discuter d'une question spécifique, notamment un plan de traitement, un plan de soins, un plan de sortie, des soins de fin de vie, l'adaptation à l'état de santé ou à la maladie, l'observance thérapeutique ou de tout autre sujet en lien avec la santé du patient et son mode de prise en soins par l'IPA. Cela comprend l'initiation, l'examen, le résumé et l'évaluation de l'interaction verbale. Ce type de communication se distingue de la relation d'aide car l'interaction a un objectif spécifique.

7- Relation thérapeutique avec la famille et/ou avec les aidants
Interactions verbales avec la famille où le patient peut ou non être présent selon le contexte, pour discuter d'une question spécifique, notamment un plan de traitement, un plan de soins, un plan de sortie, des soins de fin de vie, l'adaptation à l'état de santé ou à la maladie, l'observance thérapeutique. Cela comprend l'initiation, l'examen, le résumé et l'évaluation de l'interaction verbale. Ce type de communication se distingue de la relation d'aide car l'interaction a un objectif spécifique.

8- Relation d'aide
Communication verbale ou non verbale entre le patient et l'IPA construite sur la réciprocité et la compréhension mutuelle. Ce type de communication va au-delà de l'interaction sociale liée à l'établissement d'une conversation et peut prendre la forme d'un entretien motivationnel. La relation d'aide peut ne pas être liée à un état de santé ou à une maladie spécifique.

9- Conseils éducatifs et éducation thérapeutique
Comprend les activités qui sont réalisées dans le but spécifique d'accroitre le niveau de connaissances, de compétences ou d'aptitudes du patient et/ou de sa famille. Comprend l'évaluation en amont de l'état de connaissances, de compétences et d'aptitudes du patient. Peut être lié à un état de santé, à des thérapeutiques, à des examens, à un régime alimentaire, à l'activité physique, aux activités de la vie quotidienne ou à l'utilisation d'une technologie. Comprend les informations délivrées dans le cadre d'un entretien ou d'un programme d'éducation thérapeutique.

10- Promotion de la santé/prévention des maladies
Comprend les activités entreprises pour améliorer ou modifier les habitudes de vie ou les comportements d'un patient ou de sa famille et identifier les comportements à risque. Les activités comprennent l'ensemble des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

11- Déplacements extérieurs/Visites à domicile
Comprend les activités liées aux déplacements de l'IPA vers et depuis le lieu de travail. Comprend les visites au patient et/ou de sa famille, ou d'un lieu de travail à un autre (pour une réunion de travail par exemple). Comprend le

transport en automobile, en bus, en taxi, etc. Indiquez le lieu de destination et de provenance et le motif de déplacement. N'inclut pas les déplacements au sein du lieu de travail.

12- Surveillance / prescription de médicaments
Comprend la prescription et la surveillance de médicaments administrés (peu importe la forme galénique ou la voie d'administration), l'évaluation de leur efficacité, la survenue d'effets indésirables ou d'interactions. Comprend la consultation des bases de données des médicaments, l'identification du patient, le médicament, le dosage, la prescription et la documentation.

13- Nutrition/ régime alimentaire
Comprend l'évaluation de l'apport calorique, des habitudes alimentaires, des changements dans les habitudes alimentaires, de l'apport en sel, de l'apport en liquide ou des restrictions de liquides. Comprend l'évaluation de la tolérance et du respect du régime alimentaire. Comprend les actions de dépistage de la dénutrition, du risque d'obésité et l'orientation vers une diététicienne ou un médecin nutritionniste si nécessaire.

Définitions des activités de soins indirects

14- Documentation
Comprend les activités de traçabilité qui sont effectuées pour un patient. Ces activités comprennent l'inscription d'informations dans le dossier d'un patient, la rédaction de compte rendus d'hospitalisation ou de consultation, de notes d'évolution. La documentation peut être informatisée ou sur papier.
Comprend l'envoi de mails sécurisés ou de fax à destination des professionnels de santé impliqués dans le parcours de santé du patient.
Comprend le temps de lecture et d'analyse du dossier médical en amont de l'entretien avec le patient.

15- Coordination des soins / autre organisation
Comprend les discussions avec les prestataires de soins de santé d'autres organisations pour coordonner les activités de soins ou transférer le patient vers une autre organisation. Comprend les activités liées à la planification, à l'examen ou à l'évaluation des soins requis pour l'élaboration du parcours d'un patient. Les discussions peuvent avoir lieu par téléphone ou en personne.
Comprend l'envoi par fax ou messagerie sécurisée de la documentation pertinente.
Comprend l'ensemble des activités en lien avec la sortie du patient.

16- Coordination des soins / au sein de l'organisation
Comprend les échanges entre les membres de l'équipe interdisciplinaire visant l'organisation, la planification et la priorisation des soins d'un patient.
Comprend les activités liées à la planification, à l'examen ou à l'évaluation des soins requis pour un patient. Comprend des discussions avec d'autres

services au sein d'une même organisation (par exemple, radiologie, soins infirmiers, kiné, etc.) pour établir un ordre de priorité des activités de soins.

17- Échanges interprofessionnels
Comprend des discussions avec d'autres prestataires de soins de santé sur le plan de soins d'un patient. Le patient n'est généralement pas inclus dans la discussion, si le patient est inclus, il faut envisager d'utiliser le point 6 pour la relation thérapeutique - patient ou le point 7 si la famille est incluse. Les discussions peuvent avoir lieu lors des réunions de concertations professionnelles ou lors d'une rencontre individuelle avec d'autres prestataires de soins de santé. Les décisions concernant les soins aux patients sont prises ou discutées lors de ces réunions. Comprend également le temps de préparation et d'organisation des temps d'échanges interprofessionnels.

Définitions des activités éducatives

18- Formation/ enseignement
Comprend le développement, la planification et l'exécution des activités d'enseignement pour le personnel soignant. Comprend les activités qui facilitent l'acquisition de nouvelles compétences et favorisent le développement professionnel du personnel soignant. L'infirmier(e) en pratique avancée agit comme un modèle pour promouvoir la pratique professionnelle. Préciser la catégorie professionnelle des soignants formés.

Définitions des activités administratives

19- Réunion administrative
Comprend la présence ou la participation aux réunions institutionnelles et aux comités d'évaluation de la performance et de la qualité. L'objectif de ces réunions est d'améliorer la qualité des soins ou la prestation de services.

20- Amélioration de la qualité des soins en collaboration
Comprend l'élaboration de directives cliniques, de parcours de soins, de plans de soins pour des questions cliniques spécifiques au sein de l'organisation. Comprend l'examen de la littérature pertinente. Comprend la participation et l'animation à des groupes de travail liés à l'élaboration et à l'analyse des pratiques professionnelles et à la démarche qualité. Ceci peut comprendre l'adoption de protocoles, de politiques ou de procédures spécifiques.

Définitions des activités de recherche

21- Participer à la recherche en soins infirmiers
Comprend différentes phases de la recherche en soins infirmiers, telles que l'identification d'un problème, l'élaboration d'une question de recherche, l'examen de la littérature pertinente ou d'une proposition de recherche, le

recrutement, l'analyse des données et les résultats de l'étude ou l'élaboration de recommandations.

22- Utilisation de la recherche dans la pratique
Comprend l'utilisation des meilleures données probantes dans la pratique et la promotion d'une pratique fondée sur les preuves. Les activités comprennent la recherche d'articles scientifiques pertinents, la lecture et la critique des recherches liées à la pratique des infirmier(e)s en pratique avancée, la diffusion des résultats de la recherche.

23- Participer à la recherche/autres
Comprend la participation à différentes phases de la recherche avec des disciplines qui ne sont pas des soins infirmiers. Les activités comprennent l'identification d'un problème, l'élaboration d'une question de recherche, l'examen de la littérature pertinente ou d'une proposition de recherche, le recrutement, l'analyse de données et les résultats d'études ou l'élaboration de recommandations.

Divers

24- Autres :
Catégorie à utiliser si une activité ne peut être classée dans la liste prédéfinie des activités de l'outil d'observation. Décrivez brièvement l'activité dans la case de commentaire

ANNEXE 5 : Guide des entretiens semi directifs de l'étude de l'évaluation de la qualité de l'implantation de la pratique avancée.

Guides d'entretiens semi-directifs

Instructions

Les entretiens seront menés dans un lieu dédié, en face à face pour une durée de 30 à 45 minutes. L'entretien après accord de la personne interrogée sera enregistré numériquement pour faciliter l'analyse des données. Exceptionnellement et pour éventuellement faciliter la logistique, l'entretien pourra être réalisé par téléphone ou visio-conférence. Les données socio-démographiques des participant seront recueillies sur un document dédié au moment de l'entretien.

Guides

- Guide entretien IPA
- Guide entretien Direction
- Guide entretien Soignants

Données sociodémographiques

* Qui êtes-vous ?

☐ Une femme

☐ Un homme

* Quelle est votre année de naissance ?

_____

* Quelle est votre profession ?

_____

* Quel est l'intitulé de votre poste ?

_____

* Dans quel service exercez-vous ?

_____

* Quelle est l'année d'obtention de vôtre diplôme (en lien avec votre profession actuelle) ?

_____

* En quelle année avez-vous intégré l'établissement ?

_____

* Quelle est en année votre ancienneté sur le poste ?

_____

Guide d'entretien IPA

Introduction/remerciements

- **Thème N°1 : L'Implantation du projet**

  - Pourriez-vous faire un rappel chronologique de la décision d'implanter un IPA à aujourd'hui ?
  - Quelle a été votre implication dans ce projet ?
  - Quelles sont les Difficultés/Facilitateurs que vous avez rencontré d'une manière générale puis notamment à travers votre formation, ou le financement de votre poste ?

- **Thème N°2 : Utilisation des compétences**

  - Pourriez-vous nous décrire vos activités ?
  - Selon vous est-ce qu'elles sont adaptées ? Pourquoi ?

- **Thème N°3 : Collaboration**

  - Avec quels acteurs collaborez-vous dans votre activité ?
  - Quelle est la nature de votre relation de travail ?

- **Thème N°4 : Intégration**

  - Avez-vous le sentiment d'être intégré à votre équipe de travail ?
  - Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?
  - Comment améliorer ou favoriser l'amélioration de votre intégration ?

Guide entretien Direction

Introduction/remerciements

- **Thème N°1 : L'Implantation du projet**

  - Pourriez-vous faire un rappel chronologique de la décision d'implanter un IPA à aujourd'hui ?
  - Quelles sont les Difficultés/Facilitateurs que vous avez rencontré d'une manière générale puis notamment à travers la formation de l'IPA, ou le financement du poste ?

- **Thème N°2 : Utilisation des compétences**

  - Comment ont été construit le rôle et l'activité de l'IPA ?
  - Dans quelles mesures l'IPA a participé à la construction du rôle IPA ?
  - Selon vous est-ce qu'elles sont adaptées ? Pourquoi ?

- **Thème N°3 : Collaboration**

  - Quels sont les acteurs avec qui l'IPA collabore au quotidien ?
  - Dans quelles mesures la collaboration a été anticipé dans le projet ?

- **Thème N°4 : Intégration**

  - Avez-vous le sentiment que l'IPA est intégré à son équipe de travail?
  - Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?
  - Comment améliorer ou favoriser l'amélioration de l'intégration de l'IPA ?

Guide entretien Soignants

Introduction/remerciements

- **Thème N°1 : L'Implantation du projet**

  - Pourriez-vous faire un rappel chronologique de la décision d'implanter un IPA à aujourd'hui ?
  - Quelles sont les Difficultés/Facilitateurs que vous avez rencontré d'une manière générale puis notamment à travers la formation de l'IPA, ou le financement du poste ?

- **Thème N°2 : Utilisation des compétences**

  - Dans quelles mesures avez-vous-participé à la construction du rôle IPA ?
  - Comment cela s'est passé ?
  - Dans quelles mesures l'IPA a participé à la construction du rôle IPA ?
  - Selon vous est-ce que les activités de l'IPA sont adaptées ? Pourquoi ?

- **Thème N°3 : Collaboration**

  - Pouvez-vous nous décrire dans quelles mesures vous collaborez avec l'IPA ?
  - Comment qualifieriez-vous cette collaboration ? Pourquoi ?
  - Comment améliorer ou entretenir cette collaboration ?

- **Thème N°4 : Intégration**

  - Avez-vous le sentiment que l'IPA est intégré à son équipe de travail ?
  - Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?
  - Comment améliorer ou favoriser l'amélioration de l'intégration de l'IPA ?