

STRATÉGIES D'IMPLANTATION D'UN INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE EN MILIEU HOSPITALIER : UNE REVUE DE LITTÉRATURE

Stephan Aguilard, Sébastien Colson, Karen Inthavong

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2017/2 Vol. 29 | pages 241 à 254

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-2-page-241.htm>

Pour citer cet article :

Stephan Aguilard *et al.*, « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature », *Santé Publique* 2017/2 (Vol. 29), p. 241-254.
DOI 10.3917/spub.172.0241

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature

Advanced practice nursing implementation strategies in hospital: a review of the literature

Stephan Aguilard¹, Sébastien Colson^{1,2}, Karen Inthavong¹

➔ Résumé

Objectif : Analyser les facteurs de réussite et les obstacles qui permettraient la réussite de l'implantation de l'infirmier en pratique avancée dans le contexte de santé français.

Méthodes : Revue littérature des articles internationaux se référant à l'implantation de la pratique avancée infirmière entre 2010 et 2016

Résultats : Sur 503 articles lus, 14 ont été retenus dans le cadre du sujet. Il a été identifié que les obstacles à l'implantation sont potentiellement réversibles en atouts. Un seul cadre de référence a été recensé, le PEPPA (*Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing (APN) role development*). Quatre facteurs de réussite d'implantation et d'évaluation de la pratique avancée infirmiers ont été identifiés : l'implication du corps soignant médical ou paramédical, le soutien hiérarchique et matériel des autorités administratives, la mise en œuvre de politique et de mécanisme de régulation et une formation universitaire de deuxième cycle.

Conclusion : L'implantation française de la pratique avancée infirmière devrait tenir compte du cadre de PEPPA utilisé par le Canada, afin de promouvoir la réussite de ces nouveaux rôles dans les milieux cliniques.

Mots-clés : Pratique infirmière avancée ; Facteurs favorisant ; Implantation ; Revue de la littérature.

➔ Abstract

Objective: To analyse the factors of success and the obstacles to implementation of advanced practice nursing in the French health system.

Methods: Review of the international literature concerning implementation of advanced practice nursing published between 2010 and 2016.

Results: Of the 503 articles reviewed, 14 were included in this analysis, which showed that obstacles to implementation can be potentially transformed into advantages. Only one guideline was identified, the PEPPA (*Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for Advanced Practice Nursing (APN) role development*). Four factors of successful implementation and evaluation of advanced practice nursing were identified: involvement of medical and paramedical personnel, supervisor and material support from administrative authorities, implementation of policies and regulation mechanisms and postgraduate university training.

Conclusion: Implementation of advanced practice nursing in France should take into account the PEPPA guidelines used in Canada, in order to promote the success of these new roles in clinical practice.

Keywords: Advanced practice nursing; Predisposing factors; Implementation; Review of the literature.

¹ Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille – 80, rue Brochier – 13005 Marseille – France.

² Aix Marseille Université – Département Universitaire de sciences infirmières – EA3279 SPMC – 27, boulevard Jean Moulin – 13385 Marseille cedex 5 – France.

Introduction

L'exercice en pratique avancée pour les auxiliaires médicaux est intégré dans la loi française depuis le 26 janvier 2016 [1]. Cet exercice particulier peut se dérouler au sein de plusieurs équipes pluridisciplinaires : parmi une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant, au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, dans des établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou bien encore en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. Le développement de cette nouvelle activité peut comporter plusieurs domaines d'intervention, jusqu'alors dérogatoires dans le cas où un professionnel de santé non médical les exercerait : des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

À l'origine, le concept de pratique avancée infirmier naquit aux États-Unis en 1940. Initialement, la pratique avancée infirmière fut fortement liée à diverses spécialisations, notamment celle de l'infirmier anesthésiste et de l'infirmier sage-femme. Mue par cette dynamique, le Canada a vu émergé l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), qui constitue les deux rôles de l'infirmier en pratique avancée (IPA). En 1954, le professeur Hildegard Peplau créa le premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques à l'Université Rutgers dans l'état du New Jersey. En 1965, le rôle d'IPS vit le jour : il s'agissait de répondre d'une part à l'augmentation des coûts liés au système de santé, d'autre part une mauvaise gestion des ressources matérielles, humaines et financières, et par ailleurs à une pénurie chronique de main d'œuvre.

La valeur ajoutée de l'IPA s'articule autour de deux axes : le premier est celui de la contribution à un meilleur accès aux prestations de soins tout en préservant leur aspect qualitatif [2]. Le second est la participation aux processus de réduction des coûts [3-5] tout en intervenant auprès d'une population nécessitant des soins complexes.

À présent, plus de 60 pays ont implanté des rôles de pratique avancée infirmier dans le monde [6-8].

Chaque pays a défini et implanté un ou des rôles de pratique avancée infirmier en fonction de ses besoins [6, 9, 10]. Afin de réguler les pratiques et d'établir des

recommandations, le Conseil international des infirmiers (CII) a proposé une définition consensuelle, adoptée en 2002 [9] : « Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ». Cette définition très générale peut être complétée par celle proposée par Ann Hamric et collègues : « la pratique avancée infirmière est l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi de compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers » (traduction libre) [11]. Ces compétences concernent à la fois la clinique, la recherche, le leadership, la consultation et la collaboration [11].

L'infirmier de pratique avancée peut intervenir dans des domaines où les patients nécessitent une prise en charge complexe et de longue durée. Par exemple, l'action des IPA américaines dans le suivi de la personne âgée, suite à un arrêt cardiaque, diminue les ré hospitalisations [12]. Au Canada, les compétences des IPA s'exercent également dans le domaine de l'onco-fertilité avec le *counseling* et l'éducation [13] et dans le domaine du cancer de la prostate avec les soins de soutien [14].

Bien que la France n'en soit qu'aux prémices d'une implantation officielle des pratiques avancées, une réflexion de plusieurs années a conduit à sa récente reconnaissance législative. D'ailleurs, un premier rapport publié par le professeur Berland en 2002 faisait état d'un constat alarmant relatif à la démographie des professions de santé, et plus particulièrement, à la densité des médecins dans les régions de France, avec des perspectives de fortes baisses dans les 20 ans à venir [15]. C'est dans ce contexte qu'un second rapport a été réalisé pour étudier les potentielles coopérations entre professionnels de santé à mettre en œuvre entre médicaux et non-médicaux, avec une identification des transferts de tâches et de compétences à opérer pour répondre aux besoins de santé de la population française [16]. Des expérimentations ont été autorisées par la loi française en 2004 et mises en œuvre entre 2004 et 2007. Concernant spécifiquement les infirmiers, elles concernaient des actes à visée diagnostique (réalisation d'exploration fonctionnelle digestive), de pratique à visée thérapeutique (suivi de chimiothérapie ou de parcours en neuro-oncologie, suivi de la dialyse en centre, suivi de patients atteints d'hépatite C), d'interventions ciblées en prévention et dépistage (prévention, éducation à la santé

et thérapeutique d'un infirmier libéral en cabinet médical, réalisation de l'entretien pré-don du sang) [17]. L'évaluation des expérimentations indiquait des bilans plutôt positifs, conduisant d'une part à l'établissement d'une recommandation de pratique clinique sur le transfert de compétences, et d'autre part, l'entrée dans la loi de coopération entre professionnel de santé, permettant une dérogation d'acte entre les champs de compétences de deux professionnels de santé, correspondant à un besoin local [18]. En 2015, un rapport d'évaluation des protocoles de coopération mis en œuvre sur le territoire français a mis en avant plusieurs limites à ce dispositif ; d'un point de vue administratif, il est lourd et chronophage pour les équipes qui souhaitent y recourir ; le dispositif n'est pas forcément financé, notamment dans la médecine de ville ; la formation des professionnels et les conditions d'exercice sont des points critiques d'attention ; l'évolution ou la modification des décrets d'actes des professions concernées pourraient répondre à l'évolution des techniques de soins [19].

Plutôt que de transférer un acte spécifique entre deux professionnels de santé, une nouvelle réflexion a émergé en 2011, avec la création de professions intermédiaires en santé [20] en cernant le champ des nouveaux métiers. Ces métiers se différencieraient des métiers socles par un niveau élevé de compétences, de qualification master, conduisant à une prise de responsabilité identifiée. La création d'une fiche métier, c'est-à-dire une description détaillée qui énonce les missions et les activités, n'est pas encore publiée par le ministère en charge de la santé en France.

Les futurs nouveaux métiers seraient construits à partir des métiers paramédicaux existants et ne seraient pas redondants avec un métier déjà créé. C'est ainsi que la notion de pratique avancée comme nouveau rôle des auxiliaires médicaux s'est inscrite dans la loi française début 2016 [21].

À ce jour, les nouveaux rôles de pratique avancée ne sont pas encore clairement définis, notamment dans le domaine des soins infirmiers. Une esquisse est apparue avec le Plan cancer 3, indiquant la nécessité d'un rôle de pratique avancée dans le domaine de la cancérologie [22]. Il paraît donc nécessaire de déterminer les périmètres d'actions et de planifier l'implantation de ces nouvelles professions infirmiers selon une méthodologie adaptée, c'est-à-dire d'identifier la ou les meilleures stratégies d'implantation dans les différents milieux cliniques concernés [23].

À notre connaissance, il n'existe pas de revue de littérature récente exhaustive ayant permis d'étudier l'état des connaissances sur les différentes stratégies d'implantation de la pratique avancée. La seule portant sur le sujet serait celle de Sangster-Gormley *et al* [10], dont le but était, d'une

part, de réaliser un état des lieux de l'implantation canadienne d'infirmiers de pratique avancée, et, d'autre part, d'identifier les facteurs influençant cette implantation. Les articles canadiens publiés entre 1997 et 2010 ont montré que l'intention, l'acceptation et la participation étaient les trois facteurs stratégiques qui permettraient une implantation de pratique avancée infirmier réussie.

Les résultats de Sangster-Gormley *et al.* [10] ne concernent que la pratique avancée infirmier implantée au Canada. À présent, il conviendrait d'identifier si d'autres connaissances ont été générées sur cette question, dans d'autres pays du monde.

Objectifs

L'objectif de cet article est le recensement des cadres de référence d'une implantation de nouveaux rôles de pratique avancée infirmier existants dans le monde. L'objectif secondaire est d'analyser les leviers et les obstacles de ces méthodes.

Méthodes

La revue a été conduite selon les recommandations de la Cochrane collaboration [24]. Chacune des étapes a été réalisée par l'auteur correspondant et un co-auteur. Les divergences ont été discutées afin d'établir un consensus.

Stratégie de recherche

Onze bases de données électroniques ont été interrogées : PubMed/MEDLINE, EMBASE, CINAHL et *Evidence-Based Medicine Review* [EBMR] qui permettent une recherche simultanée sur : *ACP Journal Club* [ACP], *Cochrane Central Register of Controlled Trials* [CENTRAL], *Cochrane Database of Systematic Reviews* [CDSR], *Cochrane Methodology Register* [CMR], *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness* [DARE], *Health Technology Assessments* [HTA], *NHS Economic Evaluation Database* [NHSEED]. Une période de restriction de cinq ans a été appliquée, du 1^{er} janvier 2010 au 30 avril 2016.

Les termes MeSH utilisés ont été : *advanced practice nurse ; nurse practitioner ; implementation*. Si les termes

MeSH n'étaient pas disponibles dans le thésaurus de la base de données, les termes ont été recherchés par mots-clés.

Critères d'inclusion ou d'exclusion

Nous avons inclus les publications francophones ou anglophones, traitant de l'implantation d'un ou de plusieurs rôles de pratique avancée infirmier, dans tous les pays du monde.

Nous avons exclu les publications qui ne traitaient pas d'un rôle de pratique avancée tel que défini par le CII ou qui évaluaient l'efficacité du rôle de pratique avancée auprès des bénéficiaires.

Sélection des publications

Les articles issus des différentes bases de données ont été importés dans le logiciel EndNote®. Des publications citées en références et répondant aux critères d'inclusion ont été prises en compte. Les doublons ont été supprimés. La première sélection des publications a été réalisée sur la base des titres, abstracts et mots-clés, selon les critères d'inclusion de la revue. Les articles complets ont été recherchés et lus en totalité, afin de procéder à une seconde sélection. Les articles retenus à l'issue de cette étape ont été inclus dans la revue systématique.

Extraction et évaluation des données

Les caractéristiques générales de chaque article ont été répertoriées (auteurs, année de publication, type d'étude, niveau de données probantes, etc.), puis le cadre de référence d'implantation du rôle de pratique avancée, ainsi que les barrières et les leviers ont été identifiés, puis analysés selon une grille de lecture, élaborée à l'aide de la publication de Sangster-Gormley *et al.* [10].

Résultats

La sélection des articles est décrite dans le diagramme de flux [figure 1]. Quatorze publications ont été retenues et analysées.

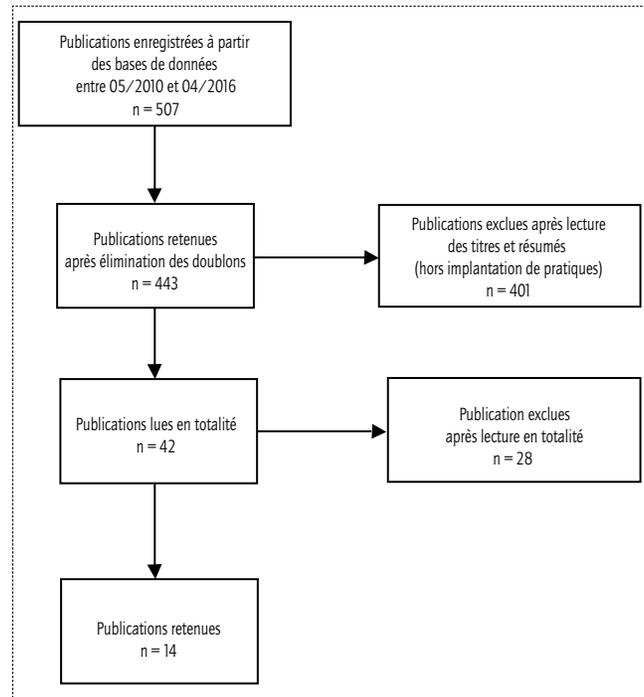


Figure 1 : Diagramme de flux

Caractéristiques générales des articles (tableau I)

La plupart des articles sélectionnés ont été écrits par des auteurs nord-américains. Huit articles sont canadiens [25-32], deux américains [33, 34], trois issus du Commonwealth britannique [Écosse [35], l'Australie [36] et Singapour [37]] et un dernier est belge [38].

Trois articles sont des revues de littérature [26, 27, 29], deux des études descriptives [28, 30], deux des études qualitatives [25, 36], une méthode mixte et cinq des articles d'opinion [32-34, 37, 38].

Les populations étudiées sont principalement des IPA en exercice, mais certains auteurs ont élargi leur prospection auprès d'autres populations : médecins, responsables hiérarchiques et/ou administratifs [25, 26] ou autres membres de l'équipe de soins [27].

Description du rôle de pratique avancée étudié

Dans les pays des différents articles recensés, le rôle des IPA a été mis en pratique dans des contextes différents tant dans les soins primaires que dans ceux de longue durée. Tous les articles font allusion à un processus complexe de mise en œuvre de l'implantation des pratiques avancées.

Tableau 1 : Analyse des articles sélectionnés

Auteur	Année	Participants	Type d'étude et données collectées	Lieux de l'étude	Méthode d'implantation	Barrière à l'implantation	Facteur[s] favorisant l'implantation
Carter et al. [25]	2013	4 IPA 1 Vice-président 2 Directeurs médicaux 3 Directeurs de programme 1 Leader pratique-professionnel 4 managers cliniques	Méthode qualitative descriptive	Canada [Ontario]	PEPPA	Manque de compréhension du rôle Pas d'accès à l'information Manque de financement	Stratégie de communication Partenariat avec les autres professionnels de santé Soutien des managers à la clarification des rôles Travail des managers au développement des compétences APN Soutien des membres de l'équipe « médicale » pour la qualité de la prise en charge
Carter et al. [26]	2010	13 IPA 9 NCS 11 Administrateurs IDE 7 Régulateurs IDE 6 responsables politiques 5 infirmiers éducatrices 7 médecins 4 membres de l'équipe de soins 4 focus groups [n=19]	Revue de littérature & entretiens	Canada	PEPPA		Clarté des tâches : qui fait quoi ? Planification du rôle des IPA Développement de guides de pratique clinique Adoption d'un outil d'implantation : PEPPA Engagement de tous les intervenants Soutien financier Infrastructure et ressources adéquates Assurer l'utilisation des rôles de l'IPA Sensibilisation au rôle d'IPA Activation de réseau et de mentorat
Contandriopoulos et al. [27]	2015	9 IPA 90 MD 7 Assistants IDE 5 assistantes sociales 1 psychologue 1 kinésiologue 2 Ergothérapeutes 2 pharmaciens 1 technicien en physiothérapie	Revue de littérature & études de cas	Québec	PEPPA	Manque de rôle défini Échec de l'administration Opposition de certains professionnels	Besoin d'un consensus d'équipe sur le niveau de formalisation du rôle IPA en fonction de la taille de l'équipe Définition cohérente du modèle de pratique Nombre adéquat de médecins-partenaires Collaboration IPA/Médecin Soutien des responsables cliniques Soutien du chef d'équipe [teamlevel] Soutien du système et des responsables

Tableau I : Analyse des articles sélectionnés (suite)

Auteur	Année	Participants	Type d'étude et données collectées	Lieux de l'étude	Méthode d'implantation	Barrière à l'implantation	Facteur[s] favorisant l'implantation
Currie <i>et al.</i> [35]	2011	15 IPA	Méthode mixte	Ecosse	Planification prudente Support d'organisation attentif Engagement des parties prenantes Culture de franchissement des barrières Adapté aux besoins des services Recherche d'efficacité Planification des mécanismes d'action [Advanced Practice Toolkit] p 2	Manque de temps Facteurs organisationnels Manque de contact avec les autres acteurs du soin	Le « compagnon » critique Soutien des collègues et du manager direct
De Guzman <i>et al.</i> [28]	2010	29 IPA	Etude descriptive	Canada [Ontario]	Analyser les facteurs favorisants et les facteurs barrières	Salaire inadéquat Manque de couverture Manque de compréhension médicale	Soutien des managers Inscription du savoir IPA dans un processus hospitalo-universitaire Accès des patients aux programmes universitaires de formation Respect médical
Desborough <i>et al.</i> [36]	2012	7 IPA	Etude qualitative	Australie	Analyser les facteurs favorisants et les facteurs barrières	Résistance des médecins praticiens	Développement d'un guide de pratique clinique Collaboration avec l'équipe multidisciplinaire Développer la légitimité et crédibilité clinique Communication interdisciplinaire Période de transition
DiCenso <i>et al.</i> [29]	2010		Revue de littérature	Canada	Analyser les facteurs favorisants et les facteurs barrières	Absence de cursus éducatif équivalent Manque de connaissances universitaires Considération ambiguë par l'administration Manque de rôle clairement défini Manque de financement Inadéquation salariale Manque de soutien managérial Manque de réseaux Travail non clinique parasitant Résistance médicale Manque de relations interprofessionnelles	Intérêts professionnels médico/infirmier et leur influence sur le processus des réformes Financements du système de soins Impact de la législation sur l'émergence de nouveaux rôles Capacité de l'enseignement universitaire à réaliser un enseignement qui accroît les compétences

Auteur	Année	Participants	Type d'étude et données collectées	Lieux de l'étude	Méthode d'implantation	Barrière à l'implantation	Facteur[s] favorisant l'implantation
Killeen <i>et al.</i> [33]	2015		Article d'opinion	USA			Relations entre la clinique et l'enseignement Relation entre médecin/ IPA/ Administration Partenariat université/ lieu de soins
Kilpatrick <i>et al.</i> [31]	2012	59 IPA	Etude de cas	Canada	Analyser les facteurs favorisants et les barrières	Communication Divergent des politiques mises en place	Donner la place dans l'équipe Confiance de l'équipe pluridisciplinaire Acceptation des capacités de prescription par l'équipe Clarification de la position de l'APN/ médecins et pharmaciens Temps de l'acceptation par les équipes
Kilpatrick <i>et al.</i> [30]	2014	776 Infirmiers cliniciens	Enquête descriptive	Canada	PEPPA	Non identification par les autorités infirmiers Non compréhension du rôle et donc interchangeable avec une infirmier Expertise & leadership	
Lecoq <i>et al.</i> [38]	2015		Article d'opinion	Belgique	PEPPA		
Martin-Misener [32]	2010		Article d'opinion	Canada	Définir le rôle Identifier le besoin de la population		Standardisation du niveau master Présence du territoire suffisant Coopération médecin/ IPA
Schober [37]	2010	40 IPA [dont des étudiants] 5 focus-group	Article d'opinion	Singapore	Identifier les besoins des parties prenantes [système de santé, professionnels & patients] Consultation du comité directeur Communication, recherches, définition des structures	Conflit sur le rôle de l'IPA entre médecin et aussi entre IDE Manque de confiance dans les compétences de l'IPA Limite de la pratique basée sur protocole Acceptation par les acteurs du soin et les patients Manque de clarté du rôle	Mise à jour des pratiques et des connaissances Communication sur le rôle des IPA Interaction et rapport avec les tous les professionnels de santé Publication et recherches Guide de pratique clinique Soutien de l'université et du secteur hospitalier
Talbert [34]	2012		Article d'opinion	USA			Savoirs Développement de rôle clair et validé Stratégies d'augmentation des liens entre les IPA Rôles appropriés des parties décisionnelles

Les cadres d'implantation

La majorité des articles sélectionnés n'apportent pas de précision quant au cadre employé afin de réaliser une implantation du rôle de l'IPA. En revanche, quatre publications [25, 26, 30, 38] citent le cadre de référence PEPPA (*Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing (APN) role development*), développé au Canada [39].

Fort de ce constat, il apparaît nécessaire de s'intéresser à ce cadre de référence employé : ce dernier se compose de neuf étapes à suivre afin de déterminer si un nouveau rôle de pratique infirmier avancée est nécessaire au regard des besoins de la population et de l'offre de soins. Il permet de définir le rôle, les compétences et la formation nécessaire à l'exercice de ce rôle, et concilie recherche et évaluation des pratiques professionnelles dans son implantation dans un milieu clinique. La participation collective de toutes les parties prenantes [décideurs, gestionnaires, financeurs, patients, professionnels de santé] dans le processus de planification et d'évaluation, constitue un élément essentiel de cette approche par étapes.

Les principaux obstacles à l'implantation

Selon les articles sélectionnés, le manque de compréhension du rôle, des compétences et des missions de l'IPA semblerait être la barrière principale à l'implantation, car elle était la plus fréquemment décrite [25, 27, 29-31, 37]. Cette incompréhension du champ de compétences spécifiques amènerait la hiérarchie directe à rendre interchangeables les infirmiers et les IPA sur la même fonction [30]. Le manque de clarté du rôle de l'IPA, particulièrement dans l'équipe de soins [27], entre IPA/infirmiers, mais aussi IPA/médecins [37], correspondrait à la principale source de conflit, particulièrement s'il y a confusion des rôles et des champs d'exercice [25]. La résistance de l'équipe médicale [29, 36, 37] serait liée à son manque de connaissance ou de compréhension [28] relatives à la pratique avancée, pouvant engendrer un manque de confiance envers le professionnel qui l'exerce [37]. La non-acceptation de ce nouveau rôle de la part du corps médical, mais aussi des patients eux-mêmes, constituerait une barrière à l'implantation [37].

La place et l'acceptation du rôle de l'IPA seraient influencées par le positionnement de l'administration hospitalière [27, 29, 31, 35] : sa considération ambiguë et son manque de soutien managérial semblent présenter un effet néfaste sur l'implantation, alors qu'elle serait en capacité de promouvoir une politique de soins qui favoriserait les interfaces entre les professionnels [29]. Une législation floue

influencerait négativement la politique des institutions quant à la mise en œuvre d'un nouveau rôle [31].

Le manque de financement [25, 29] et l'absence de reconnaissance salariale [28, 29] ont également été identifiés comme des freins à une implantation réussie.

Ces obstacles constatés dans les publications retenues sont des défis à relever afin de réussir une implantation de pratique avancée. Convenablement analysés, ils peuvent à l'inverse devenir des facilitateurs utilisables.

Les facilitateurs à la mise en œuvre de l'IPA

L'identification et l'implication de toutes les parties prenantes semblaient centrales pour plusieurs auteurs [37]. La mise en place d'un comité directeur de pilotage serait une étape charnière qui permettrait d'ordonner directement la mise en œuvre concrète [37].

L'identification des leviers et des obstacles en amont du développement du rôle de l'IPA semble un facteur facilitateur à l'implantation [40, 41].

La planification semble être l'étape-clé du succès d'une implantation de rôle de pratique avancée, nécessitant de prendre le temps à la mise en œuvre de ce nouveau rôle [35]. Conscient de l'exigence que requiert cette organisation, le *National health service* (NHS) en Ecosse met à disposition un *kit* d'implantation disponible sur un site internet dédié *Advanced nursing practice toolkit*.

Ainsi apparaissent différents facteurs incontournables autour desquels s'articulent les stratégies d'implantation [42] :

- la sensibilisation des parties prenantes,
- la formation universitaire de l'IPA,
- les support et ressources administratives,
- les mécanismes de régulation, politiques et procédures.

Afin de présenter les facteurs favorisant relevés dans les articles sélectionnés, nous avons choisi de les classer dans un tableau en regard des quatre facteurs incontournables (tableau II) avancés par la méthode PEPPA pour établir des stratégies d'implantation.

Sensibilisation des parties prenantes

Infirmiers, médecins, étudiants et managers sont les acteurs du soin qui travaillent en relation directe avec l'IPA. Leurs attentes des prestations de ce professionnel permettraient de clarifier le rôle de l'IPA [43].

Dans les articles retenus, ce besoin de clarté se retrouve pour l'ensemble des acteurs impliqués dans le soin [25, 28, 32, 33] dans le but d'obtenir une légitimité et une

Tableau II : Facteurs favorisant l'implantation de pratique selon le cadre PEPPA

Auteurs	Facteur[s] favorisant l'implantation	Critères PEPPA de mise en œuvre
Carter, N. <i>et al.</i> [25]	Stratégie de communication Partenariat avec les autres professionnels de santé Travail des managers au développement des compétences APN Soutien des managers à la clarification des rôles Soutien des membres de l'équipe «médicale» pour la qualité de la prise en charge	<i>Sensibilisation des parties prenantes</i>
Carter, N. <i>et al.</i> [26]	Clarté des tâches : qui fait quoi ? Engagement de tous les intervenants Sensibilisation au rôle d'IPA Développement de guides de pratique clinique Adoption d'un outil d'implantation : PEPPA Soutien financier Infrastructure et ressources adéquates Assurer l'utilisation des rôles de l'IPA Activation de réseau et de mentorat	<i>Sensibilisation des parties prenantes</i> <i>Mécanisme de régulation, politiques et procédures</i> <i>Support et ressources administratives</i>
Contandriopoulos, D <i>et al.</i> [27]	Consensus d'équipe sur le niveau de formalisation du rôle de l'IPA en regard de la taille de l'équipe Nombre adéquat de médecins-partenaires Collaboration NP/Médecin Définition cohérente du modèle de pratique Soutien des responsables cliniques Soutien du chef d'équipe [teamlevel] Soutien du système et des responsables	<i>Sensibilisation des parties prenantes</i> <i>Formation universitaire de l'IPA</i> <i>Support et ressources administratives</i>
Currie, K. <i>et al.</i> [35]	Le « compagnon » critique Soutien des collègues et du manager direct	<i>Formation universitaire de l'IPA</i> <i>Sensibilisation des parties prenantes</i>
de Guzman, A. <i>et al.</i> [28]	Soutien des managers Inscription des savoirs IPA dans un processus hospitalo-universitaire Accès des patients aux programmes universitaires de formation Respect médical	<i>Support et ressources administratives</i> <i>Formation universitaire de l'IPA</i> <i>Sensibilisation des parties prenantes</i>
Desborough, J. L. [36]	Développement d'un guide de pratique clinique Période de transition Développer la légitimité et crédibilité clinique Communication interdisciplinaire Collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire	<i>Support et ressources administratives</i> <i>Sensibilisation des parties prenantes</i>
DiCenso, A. <i>et al.</i> [29]	Intérêts professionnels médico/infirmier et leur influence sur le processus des réformes Les financements du système de soins L'impact de la législation sur l'émergence de nouveaux rôles La capacité de l'enseignement universitaire à réaliser un enseignement qui accroît les compétences	<i>Mécanisme de régulation, politiques et procédures</i> <i>Formation universitaire de l'IPA</i>
Killeen, K. <i>et al.</i> [33]	Relations entre la clinique et l'enseignement Relation entre médecin/IPA/Administration Partenariat université/lieu de soins	<i>Sensibilisation des parties prenantes</i> <i>Formation universitaire de l'IPA</i>

Tableau II : Facteurs favorisant l'implantation de pratique selon le cadre PEPPA (suite)

Auteurs	Facteur[s] favorisant l'implantation	Critères PEPPA de mise en œuvre
Kilpatrick, K. <i>et al.</i> [31]	Donner la place dans l'équipe Confiance de l'équipe pluridisciplinaire Acceptation des capacités de prescription par l'équipe Clarification de la position de l'APN/ médecins et pharmaciens Temps de l'acceptation par les équipes	<i>Sensibilisation des parties prenantes</i> <i>Sensibilisation des parties prenantes</i> <i>Support et ressources administratives</i>
Martin-Misener, R. [32]	Standardisation du niveau master Présence sur le territoire suffisant Coopération médecin/IPA	<i>Formation universitaire de l'IPA</i> <i>Sensibilisation des parties prenantes</i>
Schober <i>et al.</i> [37]	Communication sur le rôle des IPA Interaction et Rapport avec les tous les professionnels de santé Guide de pratique clinique Publication et recherches Mise à jour des pratiques et des connaissances Soutien de l'université et du secteur hospitalier	 <i>Mécanisme de régulation, politiques et procédures</i> <i>Formation universitaire de l'IPA</i>
Talbert, T. L. [34]	Savoirs Développement de rôle clair et validé Stratégies d'augmentation des liens entre les APN Rôles appropriés des parties décisionnelles	<i>Formation universitaire de l'IPA</i> <i>Mécanisme de régulation, politiques et procédures</i> <i>Sensibilisation des parties prenantes</i> <i>Support et ressources administratives</i>

crédibilité cliniques [36] et ainsi réussir à travailler en partenariat [25]. En effet, des stratégies de communications formelles et informelles sont à mettre en œuvre avec le soutien des managers, afin de permettre l'acceptation du champ d'exercice de l'IPA [25, 26, 31, 35, 37] et de renforcer l'implication des acteurs de terrain [37]. La formalisation de ce rôle doit être réfléchi en fonction de la taille de l'équipe de soins dans laquelle le nombre de médecins-partenaires serait adéquat afin de favoriser l'efficacité de la coopération [27]. Dans le cadre de la formalisation des compétences [26], un guide de pratique clinique s'avère utile, de même que le renforcement des liens entre les différents IPA en exercice [34].

La formation universitaire de l'IPA

Les facteurs favorisant s'appuient également sur la capacité des acteurs à inscrire des savoirs dans un processus qui associe hôpital et université, aussi bien comme soutien que comme ressource. Cet enseignement, dispensé dans le cadre d'une formation de niveau master [20, 44], devrait permettre d'accéder à un niveau de compétence avec lequel l'IPA peut aussi bien exercer auprès des patients que participer à des travaux de recherches [27-29, 32, 33, 35, 37].

Quant à la formation dans les milieux de soins, elle demeure basée sur le principe du tutorat [27].

Les stratégies d'enseignement reposent sur le développement de six compétences essentielles : les pratiques cliniques de base, la collaboration, l'orientation et le coaching, les soins fondés sur les preuves, la prise de décision éthique, la consultation et le leadership [11], grâce auxquelles l'expertise de l'IPA est mise en relief.

Support et ressources administratives

Le pouvoir administratif dispose d'un rôle central dans le cadre de l'implantation de la pratique avancée. Il est en capacité de mettre en œuvre une politique de soins qui permet le développement de nouveaux métiers de la santé et qui met en œuvre une politique managériale favorisant l'implantation des IPA [26-28, 34]. Il s'agit pour lui de « faire une place » à l'IPA en lui donnant « sa place » grâce à la mise à disposition de ressources adéquates et de moyens matériels, afin d'exercer ses activités dans de bonnes conditions [26]. Il faut ajouter que le soutien des médecins et de la direction des soins (à laquelle les IPA devraient être rattachées) participe à la réussite de l'implantation [39, 40].

Mécanisme de régulation, politiques et procédures

Ce sont les moteurs de nouvelles professions de santé, ceux qui permettent les mises en œuvre dans le système de santé. La modification des compétences de chacun est régulée par le législateur. La mise en œuvre de pratique avancée passe par le développement de réglementations et de financements ciblés [26, 29].

C'est par l'autorité de tutelle, telles les agences régionales de santé (ARS) en France, qu'une politique serait mise en œuvre avec l'aide de protocoles et de recommandations d'implantation.

Discussion

Cette revue de littérature a permis d'identifier un seul cadre de référence, le PEPPA, existant pour implanter les rôles de pratique avancée infirmier dans les milieux de soins. L'étude des articles sélectionnés a identifié des obstacles mais aussi des leviers à l'implantation. D'abord des obstacles tels que l'incompréhension et le manque de clarté du rôle par les parties prenantes ou encore des difficultés de financement. Ensuite les nombreux leviers, comme la formalisation d'une planification de l'implantation avec l'étude des besoins d'un nouveau rôle infirmier, la sensibilisation des parties prenantes, la formation universitaire des IPA ou encore le soutien de l'administration et la mise en place d'une régulation et d'une politique relative à ces nouveaux rôles.

Une des principales limites rencontrées dans cette revue réside dans le peu de données probantes disponibles dans la littérature sur le sujet spécifique de l'implantation de rôles de pratique avancée dans un système de santé. Bien souvent, les études traitaient de l'efficacité du rôle de l'IPA dans son milieu de soins, mais pas forcément de l'évaluation de l'ensemble du dispositif d'implantation. D'ailleurs, plusieurs articles inclus dans la revue étaient davantage des articles théoriques que des études scientifiques.

Comment transposer l'implantation des IPA en France ?

Comme identifié dans les résultats de la revue, le pouvoir réglementaire doit fixer le cadre de la pratique avancée [26, 29]. La loi de modernisation de notre système de santé est une première étape en France [45]. Cependant, des textes d'application doivent être réalisés pour plusieurs raisons:

il s'agit de préciser cette application pour, d'une part la durée d'expérience nécessaire avant d'entrer dans un rôle de pratique avancée, d'autre part le type de diplôme et de formation que doit délivrer l'université habilitée, et par ailleurs l'enregistrement des professionnels pour l'autorisation d'exercice.

La France considère que le rôle de pratique avancée peut être développé pour tous les auxiliaires médicaux. L'Académie de médecine et les représentants de la profession concernée doivent émettre un avis sur le rôle de pratique avancée qui sera développé. Plusieurs pays ayant implanté la pratique avancée ont procédé à ce type de concertation. Ainsi, le Canada [46], l'Ecosse [47], le Royaume-Uni [48] ont établi des recommandations générales.

Les administrateurs des établissements de santé ont besoin d'informations spécifiques afin de comprendre la valeur ajoutée de ce type de rôle [25]. L'implantation de nouveaux rôles nécessite une nouvelle stratégie d'orientation de décision et de planification qui favorise l'efficacité dans les soins et la performance dans les processus qualité [49].

L'utilisation d'un cadre de référence tel que le PEPPA dans un principe de méthode par projet permettrait de guider l'implantation en France. Les étapes sont basées sur un mode participatif des différentes parties prenantes [décideurs, financeurs, gestionnaires, patients et professionnels de santé], qui représentent aussi bien un verrou qu'un levier. En effet, il ne peut exister de réelle implantation que si le corps médical et les pouvoirs hiérarchiques et administratifs sont clairement impliqués dans la mise en œuvre de ce nouveau rôle. Dans les établissements de santé, comité médical d'établissement, direction générale et direction des soins sont des acteurs majeurs qui impulsent le changement nécessaire grâce auquel l'IPA pourra trouver sa place dans l'équipe de soin.

La communication est le pivot incontournable [25, 27, 31, 37] autour duquel s'articulent la compréhension et l'implantation. Participer à la déclinaison des missions de l'IPA sur chacun des terrains de soin est essentiel. La formalisation d'une fiche de poste définie par les parties prenantes utilisant les compétences professionnelles de l'IPA semble primordiale. Elle permettrait d'une part de clarifier son rôle et d'autre part de faire comprendre à chacun des membres de l'équipe son positionnement : le « Qui fait quoi » cher à certains auteurs [26].

Il en est de même pour les cadres de santé paramédicaux, représentants de la direction de soins dans les unités de soins. Positionnés dans des missions de management renforcées, comme le proposait Chantal de Singly [50], ils

peuvent être à la fois soutien de l'implantation et soutenus dans leur mission de soins par ces nouveaux professionnels. Les IPA sont notamment des experts dans le domaine du soin et ont les compétences pour prendre en charge les parcours de santé variés des patients. Cette expertise au plus près du patient serait primordiale au cadre de santé français pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins, mission qu'il doit promouvoir au quotidien auprès de l'équipe paramédicale.

Une fois les rôles définis, les projets d'établissement peuvent intégrer les rôles de pratique avancée. Ensuite, le nécessaire parcours universitaire de l'IPA est plébiscité tant par le Cil que par les auteurs des articles sélectionnés: il s'agit de bénéficier du même enseignement et de développer des compétences en adéquation avec les besoins et les attentes de la population dans les milieux de soins. L'élaboration et la mise en œuvre d'un référentiel métier, déclinant les activités et les compétences attendues des infirmiers de pratique avancée est nécessaire dans la continuité de la politique menée actuellement dans les formations universitaires des auxiliaires médicaux. À propos de la pratique avancée en France, un premier référentiel a été élaboré en 2009 dans le cadre de la mise en place du Master sciences cliniques infirmiers, co-habilité entre l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et Aix-Marseille Université [44]. Ce référentiel est en cours d'évaluation et d'évolution, afin de garantir une adéquation entre la récente réglementation, les progrès médicaux et l'évolution des besoins des populations.

Le financement est également crucial dans l'implantation des rôles de pratique avancée. Dans un premier temps, un investissement sur la formation des futurs professionnels en pratique avancée est nécessaire. Par exemple, le gouvernement du Québec a ouvert en 2010 des bourses d'études spécifiques pour le programme de Master en vue de favoriser l'implantation d'IPA [27]. En échange de ce financement, les futurs professionnels s'engageaient à travailler dans un territoire désigné. C'est d'ores-et-déjà cette politique qui est développée en France : les établissements de santé financent des infirmiers durant leur formation de master pour développer leurs compétences de pratique avancée et mettre en place le rôle dans leur milieu clinique.

Des investissements spécifiques doivent également être mis en place pour l'implantation après la formation, comme cela existe au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni [51]. À ce titre, les contraintes économiques des systèmes de santé rendent les marges de manœuvres étroites : la question du financeur [majoritairement les pouvoirs publics] apparaît déterminante. Il s'agit de définir les rémunérations des infirmiers aux compétences étendues, ayant

un niveau de formation plus élevé et couvrant un large spectre d'activités. Dans ce domaine, le Royaume-Uni s'illustre avec son système du *Skills, knowledge, framework* [52] qui vise à rémunérer les infirmiers en proportion des compétences qui sont sollicitées. Cette efficacité de l'IPA semble être confirmée par différentes publications canadiennes [53, 54] ainsi que par un rapport de l'OCDE [55]. Des expérimentations pourraient être proposées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale en France, comme cela a été le cas lors des expérimentations de transfert de compétences en 2005.

Enfin, l'implantation des rôles de pratique avancée doit être soutenue par l'évaluation des pratiques professionnelles [56] et par la recherche, de manière systématique. Cette étape d'évaluation pourrait permettre de réajuster l'activité de l'IPA dans les milieux de soins, mais surtout d'apporter des données probantes sur son intérêt et son efficacité pour la santé de la population concernée.

Conclusion

En validant en 2016 la pratique avancée pour les professions paramédicales, le législateur français a donné l'opportunité au corps infirmier de développer et d'exercer un métier d'expertise. Bien que le décret d'application ne soit pas encore paru, une définition des responsabilités et de compétences sont nécessaires pour clarifier le rôle et le positionnement de l'IPA dans notre système de soins. Il n'existe d'ailleurs pas encore de fiche métier car le rôle de l'IPA demeure encore flou pour beaucoup de professionnels de la santé. Ainsi, réussir une implantation, c'est prendre le temps de travailler à la clarification des rôles de chacun afin de mettre en lumière la réelle plus-value qualitative apportée par ce professionnel au rôle avancé. Ce travail serait exportable dans le cadre de la pratique avancée pour les autres professions paramédicales.

Afin de réussir une implantation de pratique avancée infirmiers, le cadre de travail PEPPA est à suivre étape par étape : médecins, responsables hiérarchiques directs ou indirects, équipes de soins et patients sont les parties prenantes avec qui tout est à construire.

Si l'on suit les recommandations des chercheurs étrangers en sciences infirmières, un niveau master délivré par l'université donnerait sa légitimité dans les équipes de soins à ce nouveau professionnel. Les centres hospitaliers rattachés à une université sont des lieux privilégiés où les IPA ont une réelle plus-value. En effet, les CHU sont propices

à la mise en œuvre de l'ensemble du spectre de compétences de l'IPA auprès des patients mais aussi dans le domaine de la recherche en soins. C'est un atout essentiel, tant pour les équipes de soins que pour la personne soignée et son entourage.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

- Safon MO. Loi de modernisation de notre système de santé. Paris : IRDES ; 2016.
- Carter AJ, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Cjem*. 2007;9(04):286-95.
- Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, *et al*. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *Journal of Nursing Administration*. 2006;36(2):79-85.
- McCauley KM, Bixby MB, Naylor MD. Advanced practice nurse strategies to improve outcomes and reduce cost in elders with heart failure. *Disease Management*. 2006;9(5):302-10.
- Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées. Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Paris : OCDE ; 2010;12.
- Schober M, Affara F. Advanced nursing practice. International Council of Nursing [ICN]. Blackwell, Oxford. Englische Ausgabe: Spirig R, De Geest S [2008]. Huber, Bern, S; 2006.
- Srivastava N, Tucker JS, Draper ES, Milner M. A literature review of principles, policies and practice in extended nursing roles relating to UK intensive care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(20):2671-80.
- Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles. 2010.
- Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40(3):204-11.
- Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B, DiCenso A. Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(6):1178-90.
- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced practice nursing: An integrative approach: Elsevier Health Sciences; 2013.
- Naylor MD, Broton DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(5):675-84.
- Hendershot E, Maloney AM, Fawcett S, Sarvanantham S, McMahon E, Gupta A, *et al*. Infirmières en pratique avancée : améliorer l'accès à la préservation de la fertilité chez les patients en oncologie. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2016;26(1):46-52.
- Bryant-Lukosius D, Browne G, DiCenso A, Whelan T, Gafni A, Neville A, *et al*. Évaluation de la qualité de vie liée à la santé et des problèmes de santé prioritaires chez les patients atteints du cancer de la prostate : stratégie de définition du rôle des infirmières en pratique avancée. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2010;20(1):1-11.
- Berland Y, Gausseron T. Mission « Démographie des professions de santé ». Rapport au Ministère de la santé, décembre. 2002.
- Berland Y. Mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences", octobre 2003.
- Haute Autorité de santé. Coopération entre profession de santé : Guide méthodologique - Tome 1 Conditions de succès et retour des expérimentations 2004 - 2007. 2010.
- République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital, relative au patient, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009. 2009;p. 12184.
- Haute Autorité de santé. Les protocoles de coopération article 51, bilan du dispositif 2014. 2015.
- Cadet L. Propositions pour la mise en œuvre des recommandations du «Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire». 2012.
- République française Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016:Article 30.
- Buzyn A. Le Plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie. *Les Tribunes de la santé*. 2014(2):53-60.
- Fleury MJ, Ouadahi Y. Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*. 2002;27(2):16-36.
- Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1. 0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration. 2011.
- Carter N, Dobbins M, Ireland S, Hoxby H, Peachey G, DiCenso A. Knowledge gaps regarding APN roles: what hospital decision-makers tell us. *Nursing leadership [Toronto, Ont]*. 2013;26(4):60-75.
- 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. *Nursing leadership [Toronto, Ont]*. 2010;23 Spec No 2010:167-85.
- Contandriopoulos D, Brousselle A, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu MD, Brault I, *et al*. A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1-11 p.
- de Guzman A, Ciliska D, DiCenso A. Nurse practitioner role implementation in Ontario public health units. *Canadian Journal of Public Health*. 2010;101(4):309-13 5p.
- 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. *Nursing leadership [Toronto, Ont]*. 2010;23 Spec No 2010:211-38.
- Kilpatrick K, DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Ritchie JA, Martin-Misener R, Carter N. Clinical nurse specialists in Canada: why are some not working in the role? *Nursing leadership [Toronto, Ont]*. 2014;27(1):62-75.
- Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Ritchie JA, Lamothe L, Doran D. Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams... [corrected] [published erratum appears in *J Adv Nurs* 2012; 68(7):1672]. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(7):1504-15 12p.

32. Martin-Misener R. Will nurse practitioners achieve full integration into the Canadian health-care system? *Canadian Journal of Nursing Research*. 2010;42(2):9-16 8p.
33. Killeen KM, Ruby D, Delaney KR, Kleinpell R, Flinch B, Barginere C. Academic/Service Integration Advances APRN Practice. *Nurse Leader*. 2015;13(2):57-62 6p.
34. Talbert TL. The role of the nurse executive in fostering and empowering the advanced practice registered nurse. *The Nursing clinics of North America*. 2012;47(2):261-7, vi-vii.
35. Currie K, Grundy M. Building foundations for the future: the NHS Scotland advanced practice succession planning development pathway. *Journal of nursing management*. 2011;19(7):933-42.
36. Desborough JL. How nurse practitioners implement their roles. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*. 2012;36(1):22-6.
37. Schober M. APN role development: strategies to conquer the challenges. *Singapore Nursing Journal*. 2010;37(2):16-8 3p.
38. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. [How to develop advanced practice nursing in complex health care systems?]. *Sante publique [Vandoeuvre-les-Nancy, France]*. 2015;27(1 Suppl):S105-10.
39. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(5):530-40.
40. Cameron A, Masterson A. Managing the unmanageable? Nurse executive directors and new role developments in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(5):1081-8.
41. Marsden J, Dolan B, Holt L. Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study. *Journal of advanced nursing*. 2003;43(6):595-605.
42. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(5):519-29.
43. Levenson R, Vaughan B. *Developing new roles in practice: an evidence-based guide*: School of Health and Related Research, University of Sheffield; 1999.
44. Chapdaniel S, Fernandez M, Voirin M. Présentation de la fonction d'infirmière en pratique avancée.
45. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [2016].
46. Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée, [2006].
47. *Advanced Nursing Practice Toolkit* [Internet]. 2012.
48. *Nursing RCo. An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation*.
49. Enjolras B. *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux et de santé* : Peter Lang ; 2008.
50. De Singly C. *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*. Ministère de la Santé, Paris. 2009.
51. Bourgueil Y, Mousquès J. *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières* : IRDES ; 2006.
52. Buchan J, Calman L. *Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles* Paris: Directorate for employment. Labour and Social Affairs. 2004.
53. 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. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2014;20(6):1106-23.
54. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, *et al*. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ open*. 2015;5(6):e007167.
55. Delamaire ML, Lafortune G. *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés* : OECD Publishing ; 2010.
56. Haute Autorité de Santé. *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. 2005. p. 56.