



**HAL**  
open science

# L'intégration des IPA dans les établissements de santé : quand l'implémentation organisationnelle questionne la coopération professionnelle

Julien Sarrat, François Cassière, Corinne Rochette

## ► To cite this version:

Julien Sarrat, François Cassière, Corinne Rochette. L'intégration des IPA dans les établissements de santé : quand l'implémentation organisationnelle questionne la coopération professionnelle. 11ème Colloque ARAMOS, Nov 2023, Metz, France. <hal-04918642>

**HAL Id: hal-04918642**

**<https://uca.hal.science/hal-04918642v1>**

Submitted on 29 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

**L'intégration des IPA dans les établissements de santé : quand  
l'implémentation organisationnelle questionne la coopération  
professionnelle.**

Julien SARRAT, Cadre de santé en service d'hématologie, Centre Hospitalier de Perpignan, et doctorant en première année, laboratoire CleRMA, Université Clermont Auvergne.

François CASSIERE, Maître de Conférences en Sciences de gestion et du management, Université Clermont Auvergne, CleRMA, Université Clermont Auvergne.

Corinne ROCHETTE, Professeure des Universités en Science de gestion et du management, titulaire de la Chaire Santé et Territoires, CleRMA, Université Clermont Auvergne.

# **L'intégration des IPA dans les établissements de santé : quand l'implémentation organisationnelle questionne la coopération professionnelle**

**Résumé :** Introduite en France dans le cadre du grand plan de santé gouvernemental « Ma santé 2022 » en 2018, la fonction d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) est encore à ce jour en voie d'implémentation dans les établissements de santé. Cette recherche a pour objet la réalisation d'un état des lieux du processus de déploiement hospitalier de ces nouveaux professionnels, afin d'identifier les contraintes d'intégration organisationnelle et d'en ébaucher les principaux leviers. Une revue de littérature souligne la complexification des parcours de soins, des organisations soignantes, et des difficultés de positionnement professionnel comme des freins majeurs au processus d'implémentation de cette nouvelle profession. Une enquête exploratoire permet d'identifier des facteurs d'influence complémentaires tels que l'identification professionnelle ou le besoin de légitimation institutionnelle de ces nouveaux professionnels. Ce travail de repérage des problématiques de développement de la pratique avancée infirmière est un préalable à l'élaboration d'un modèle managérial d'implémentation efficace à destination des managers hospitaliers.

**Mots clés :** Pratique avancée infirmière, complexification organisationnelle et des parcours de soins, identification professionnelle, légitimation institutionnelle.

\*\*\*

Ces vingt dernières années ont été marquées par une transition structurelle de notre système de santé, d'une approche centrée sur le soin administré vers une réflexion portée sur la notion de parcours patient coordonné. Ainsi la coopération sous toutes ces formes, entre les diverses professions de santé, entre la médecine de ville et celle hospitalière, entre les patients et les soignants, constitue les bases d'un nouveau paradigme centré sur la coopération voire l'intégration. C'est dans ce contexte et en s'inspirant du modèle nord-américain que le métier d'Infirmier de Pratiques Avancées (IPA) a été introduit en 2018 dans le système de soins français. On place de nombreuses ambitions dans cette nouvelle profession. Ainsi, elle pourrait permettre d'améliorer l'accessibilité aux soins, de mieux maîtriser les dépenses de santé par une meilleure coordination des parcours de soins et une régulation des consultations médicales spécialisées. Elle contribue aussi à la montée en compétences infirmières à travers une reconnaissance universitaire. En France, un tel niveau de responsabilisation clinique et organisationnelle de l'infirmier revêt un caractère totalement inédit dans notre système de soins, particulièrement dans les modèles traditionnels de nos fonctionnements hospitaliers. Aussi, les organisations de santé semblent chercher le modèle qui permettrait une assimilation pleine et entière de ces nouveaux professionnels paramédicaux. Dans ce contexte la question de recherche que nous nous proposons de traiter est d'identifier les implications et problématiques soulevées par l'intégration des IPA au sein des organisations hospitalières. En quoi cette nouvelle profession vient-elle questionner l'organisation ? son implémentation génère-t-elle des tensions ? et si oui de quelle nature ? Quelle place est faite à cette nouvelle profession au sein de l'organisation ? Quels sont les ressorts d'une implémentation réussie ? Autant de questions qui guideront cette première réflexion qu'alimentera une étude pré exploratoire au sein d'un CHU.

## **1.-L'IMPLEMENTATION HOSPITALIERE DES IPA : ENTRE COORDINATION ET COMPLEXIFICATION**

### **1.1.L'implémentation des IPA : remède ou solution à la fragmentation des parcours de soins ?**

L'évolution de la démographie sanitaire ainsi que l'approche par parcours ont marqué l'avènement de la coopération professionnelle au profit de la prise en charge du patient. Elle est marquée par une approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire du projet de soins du patient (Yatim et Sebai, 2021). Elle représente la mise en commun de pratiques partagées par les intervenants multiples de la prise en charge et concourant à une meilleure qualité de soins pour le patient (Cagnello-Charles & Franchistéguy-Couloume, 2019, et Berwick et al,1999). Ainsi, à l'image d'une chaîne de valeurs, le parcours du patient est constitué d'une multitude de maillons, chacun marqué par l'intervention de

professionnels de santé et la mobilisation de ressources spécifiques (Rochette et Cassière, 2018). La création de valeur (capacité à prendre en charge efficacement le patient) provient d'une coordination interprofessionnelle cohérente (Jaeger, 2010) et rejoint les travaux sur la logistique mettant au centre l'articulation des ressources mobilisables. Compte tenu de la complexité grandissante des parcours un risque peut être celui de la fragmentation organisationnelle (Dien & Dechy, 2013) et de morcellement du parcours, par manque de lisibilité et d'identification des intervenants et de leurs rôles. Notons que ce phénomène peut être amplifié dans un contexte d'extrême mobilité des professionnels (recours de plus en plus fréquent à l'intérim, turn-over soignant,...) et constaté à un niveau intra-organisationnel mais aussi inter-organisationnel. L'IPA, par son statut inédit et encore méconnu dans la « chaîne » du soin, au lieu d'atténuer ce risque semble le majorer. Les multiples dimensions de son activité nécessitent de penser son intégration, de questionner sa place au sein des chaînes de soins et ses liens avec les autres intervenants.

## **1.2. Penser l'implémentation de la fonction pour clarifier et faire accepter la place de l'IPA : un défi**

L'IPA représente ainsi un nouveau repère, un nouveau « visage » à identifier pour le patient. La singularité des fonctions de l'IPA exige une bonne connaissance de son périmètre d'action par rapport aux autres professionnels spécialisés tels que les infirmiers de coordination, et de mettre à jour ces complémentarités entre les différents acteurs. Au niveau intra-organisationnel, l'arrivée des IPA nécessite de réinterroger les relations interprofessionnelles au risque sinon que les objectifs attendus de cette mise en place ne soient pas atteints. Pressman et Wildavsky (1973) ont utilisé l'expression d' « implementation gap » pour décrire cet écart entre les objectifs et l'implémentation. Des travaux de recherche se sont attachés à décrire le processus d'implémentation par lequel les objectifs sont atteints retenant l'expression de « deliverology » (science de l'atteinte des objectifs) (Dunsire, 1978 ; Hill et Hupe, 2002). Dans le champ des politiques de santé des travaux ont identifié les déterminants d'une implémentation réussie (Mériade et al., 2023) : une implémentation qui arrive au bon moment, le climat et la culture organisationnelle, les relations entre les parties prenantes et le réseau. Le modèle EPIS<sup>1</sup> montre que l'utilisation de facteurs tels que la structure, le langage, des acteurs intermédiaires, le processus d'échange d'informations... facilitent l'implémentation. La réussite de l'implémentation ne revient pas aux concepteurs (dans notre cas ceux qui ont imaginé la profession IPA) mais bien aux acteurs du terrain qui s'attachent à l'implémenter au niveau local, c'est-à-dire à l'intégrer à leur organisation. C'est donc bien au niveau local que se construit l'implémentation dans la collaboration entre les acteurs locaux (Crale et al., 2022).

Comme l'ont souligné les travaux de Mintzberg, l'Hôpital constitue l'une des organisations les plus complexes qui soient. Un constat qui corrobore les travaux de Marion & Uhl-Bien (2001) avec leur théorie de la complexité. Cela s'explique par l'action concomitante de facteurs macro-dynamiques (marqués par les politiques institutionnelles de qualité et de sécurité des soins, ainsi que les stratégies économiques déployées) et micro-dynamiques (les unités de soins étant les sièges d'interactions interprofessionnelles soumises à une identification professionnelle forte, en témoigne le modèle relationnel traditionnel liant médecins et infirmiers), sur les unités de soins. De par l'éventail élargi de ses missions, l'IPA rajoute un nouveau seuil de complexité. La fonction répond, entre autres choses, à une volonté de meilleure gestion des dépenses de santé par la réattribution de temps médical. Cette dimension économique constitue un facteur macro-dynamique de complexité qui exige le développement d'une activité clinique suffisante pour valoriser financièrement la pratique avancée et pérenniser la création des postes. Cette complexification apportée par l'IPA se mesure également au niveau micro-dynamique, la diversité de ses fonctions exigeant de porter une attention particulière aux relations et interactions avec les autres professionnels de l'organisation. Ainsi, si nous reprenons les compétences IPA telles que décrites par Hamric en 2019, dans sa dimension clinique la fonction impulse de nouvelles formes de relations entre le médecin et l'IPA. Dans sa dimension collaborative la fonction IPA configure les interactions avec les équipes soignantes, enfin, en termes de leadership organisationnel, et dans ses rôles d'accompagnement et de formation, la fonction IPA se traduit par une relation particulière avec le manager hospitalier (Hamric et Hanson, 2019). Il semblerait donc que

---

<sup>1</sup> Exploration, Préparation, Implémentation et Soutien dans le sens de maintien.

l'émergence des IPA s'accompagne de modes d'interactions interprofessionnels inédits, qui constituent de potentielles contraintes au processus d'intégration organisationnelle que nous allons maintenant exposer.

### **1.3.-L'IPA : un triple positionnement professionnel délicat et controversé**

Conséquence directe du phénomène de complexification organisationnelle décrit plus tôt, le positionnement professionnel de l'IPA dans les unités de soins qu'il intègre représenterait un autre facteur susceptible de contraindre la démarche d'implémentation de la fonction. Nos lectures nous conduisent ainsi à distinguer 3 niveaux d'interactions interprofessionnelles :

#### *1.3.1.-Le positionnement auprès de l'équipe médicale*

La relation liant le médecin et l'IPA est marquée par la dimension clinique de la fonction. L'IPA exerce ses missions selon un protocole d'organisation qui détermine les actions à mener en autonomie auprès du patient, déléguées par le médecin référent. Cette autonomisation de l'IPA influence la dimension décisionnelle entourant la construction du projet thérapeutique du patient, un rôle jusqu'à présent entièrement dévolu au médecin. De plus, comme le soulignent les travaux, l'une des problématiques accompagnant le développement de la pratique avancée concerne le manque de clarté de la fonction (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004). La communication qui accompagne son déploiement est surtout basée sur sa dimension clinique et la libération de temps médical, au détriment des autres rôles amputant ainsi la profession IPA d'activités centrales, avec le risque que l'organisation adoptée réponde aux attentes des médecins plus qu'à une approche centrée sur le patient (Schwingrouber et al., 2021).

#### *1.3.2.-Le positionnement auprès de l'équipe paramédicale*

La complexité du positionnement des IPA auprès de l'équipe paramédicale, et notamment des infirmiers « généraux », est multidimensionnelle : dans la posture professionnelle de l'IPA, l'un des enjeux majeur de l'intégration réside dans sa capacité à faire valoir son expertise et ses compétences élargies en évitant toute attitude jugée « donneuse de leçons » et de jugement trop critique des pratiques professionnelles (Reay et al, 2003 et De Rosis et al, 2021). Les représentations soignantes d'une approche exclusivement médico-centrée de l'IPA constitue un autre frein à l'intégration dans l'équipe soignante, par méconnaissance des autres missions (de formation ou d'analyse des pratiques professionnelles), pourtant générateurs de cohésion interprofessionnelle (Bryant-Lukosius et al, 2004). Enfin, la nouvelle « coexistence » avec les infirmiers spécialisés questionne également sur l'émergence d'un risque de dévalorisation de la reconnaissance professionnelle accompagnant ces rôles plus anciens (Giraud et Moraldo, 2022), par le transfert non souhaité de certaines des activités.

#### *1.3.3.-Le positionnement auprès de l'encadrement*

A ce jour encore peu explorée, la relation liant l'IPA au cadre de santé hospitalier paraît également source de contrainte au processus d'implémentation. En particulier, le flou entourant la place de l'IPA dans l'organigramme organisationnel et la nature, hiérarchique ou fonctionnelle, de son rattachement avec le cadre sont porteurs de divergences. Alors que les IPA affichent une volonté de s'affranchir du modèle hiérarchique traditionnel, et faire valoir une réelle autonomie professionnelle (Giraud et Moraldo, 2022), l'encadrement demeure soucieux de maintenir un certain contrôle sur les organisations et fonctionnements sous sa responsabilité (Schwingrouber et al, 2021). Ces tensions de rôles se poursuivent dans l'expression du leadership organisationnel et son influence auprès de l'équipe soignante, rôle incombant traditionnellement au cadre de santé dans l'exercice de ses fonctions de contrôle et de régulation des organisations de travail (Dumas et Ruiller, 2013).

## **2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE EXPLORATOIRE**

Afin de mieux comprendre les enjeux organisationnels et de coopération soulevés par l'implémentation de la profession IPA dans les hôpitaux, nous avons réalisé une étude observationnelle pré exploratoire qui constitue la première étape d'un travail de recherche doctorale. L'objectif était d'explorer empiriquement le déploiement hospitalier de la fonction et mettre à jour les aspects organisationnels problématiques de complexification et de positionnement de la profession IPA.

Le séjour d'observation de 4 jours s'est déroulé au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire du Sud-Ouest de la France après accord de sa direction. Ce CHU a récemment mis en place un département de pratiques avancées dont le principal objectif est de coordonner le déploiement institutionnel de la profession. Nous avons exposé aux professionnels rencontrés l'objet de notre recherche, pour une observation ouverte et non dissimulée (Soulé, 2007). Notre exploration a été marquée par des interactions prolongées et une immersion au plus près des activités professionnelles (Arborio, 2007). Nous avons suivi 6 IPA dans leurs activités quotidiennes. Nos observations ont fait l'objet d'une prise de notes très détaillées dans un journal. Cette observation a été complétée de 9 entretiens semi-directifs, auprès de médecins (4), cadres de santé (4) et d'une directrice des soins. Préalablement à l'enquête, une grille d'observation et trois trames d'entretien<sup>2</sup> ont été préparées et soumises à l'expertise de deux enseignants-chercheurs en sciences de gestion et management, de même que les résultats de l'enquête à l'issue du stage, afin de renforcer la légitimité scientifique de la démarche. Les données observationnelles et discursives collectées ont fait l'objet d'une analyse thématique et d'un codage souple.

### 3-RESULTATS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE

Les données observationnelles et discursives collectées indiquent que bien que l'IPA s'impose comme un nouvel intervenant au sein d'un parcours déjà multidisciplinaire, son identification par le patient semble facilitée par son champ d'intervention unique ainsi que la perspective d'une réponse à un besoin. Cette profession répond à un « manque ressenti » (médecin 1) en « offrant plus de perspectives d'orientations pour le patient et son entourage » (médecin 4) et « une contribution complémentaire alors que l'effectif médical n'aurait pas pu assumer tout ça » (médecin 2). Une habitude culturelle de la pluridisciplinarité est évoquée : « les gens ont l'habitude d'avoir plusieurs interlocuteurs, ils savent ce qu'est l'équipe » (médecin 2). Deux IPA mentionnent des patients pris en charge pour une pathologie chronique qui ne seraient même plus demandeurs d'un suivi médical. Cela atteste d'une parfaite assimilation de la place que peut avoir l'IPA dans la supervision de leur parcours de soins (IPA 3 et 5). Ainsi, ces propos rendent compte d'une implémentation dans le parcours de soins réussie, sans tension particulière majeure. Mais cette réussite résulte d'une véritable préparation illustrant parfaitement le modèle EPIS. Car en effet, la complexification organisationnelle liée à l'implémentation de l'IPA telle que nous l'avons présentée est bien présente. Nos observations permettent effectivement de dégager les interactions et les relations, qu'elles soient hiérarchiques ou fonctionnelles, à l'origine de la bonne intégration organisationnelle des IPA dans cet établissement.

Nos premiers résultats mettent en évidence des stratégies de communication et de déploiement de la pratique avancée largement liées à des facteurs macro-dynamiques dans leur dimension institutionnelle. L'intégration directe des IPA dans l'équipe pluridisciplinaire est, elle, bien soumise à des facteurs micro-dynamiques. Les différentes activités de l'IPA renforcent les interactions et relations entre les intervenants de l'organisation. De plus, dans l'établissement étudié, le rattachement hiérarchique (Directrice des Soins et encadrement supérieur du pôle), et fonctionnel (cadre de proximité de l'unité de soins d'exercice des activités) complexifie les circuits de communication à l'image d'une matrice tridimensionnelle. Ces observations nous permettent de proposer une schématisation de l'intégration organisationnelle des IPA dans cet établissement (figure 1).

Nos données ont révélé un facteur supplémentaire de complexification organisationnelle, de nature plus logistique et administrative, telles que des difficultés pour la création des droits d'accès aux dossiers de soins informatisés (médecin 2 et IPA 3) ou encore la mise à disposition de locaux et de matériels adaptés à l'activité. Ces contraintes renvoient finalement à la méconnaissance des rôles, et à un manque de légitimation institutionnelle d'une fonction devant encore affirmer son positionnement dans l'organisation et faire valoir les exigences et besoins rattachés à son activité.

---

<sup>2</sup> Grille d'observation construite autour de deux points d'attention particuliers : l'intégration organisationnelle des IPA, ciblant l'installation logistique et les outils de communication mis en place, et le positionnement professionnel, s'intéressant à la nature des interactions entre les IPA et les médecins, soignants, et l'encadrement. Les trames d'entretien visaient à identifier les représentations et projections accompagnant le déploiement de la fonction, ainsi que les freins expérimentés dans la construction des projets de pratiques avancées.

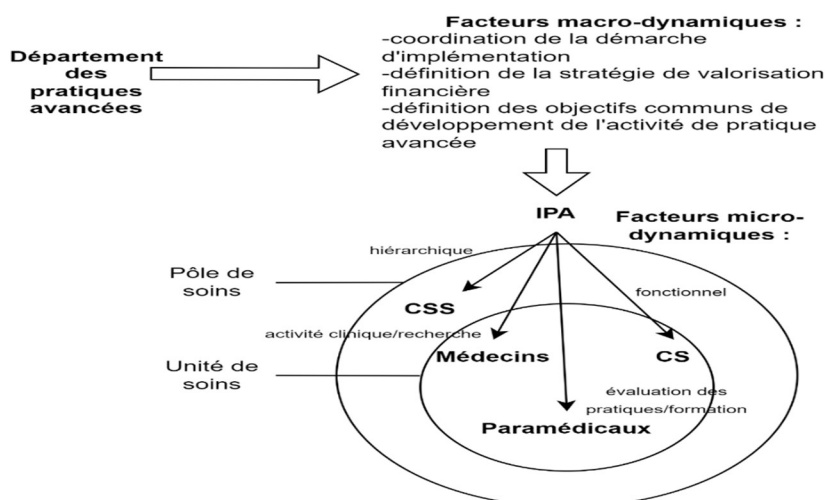


Figure 1 : l'intégration organisationnelle de l'IPA, proposition d'un premier modèle

D'autres données recueillies nous invitent à nuancer les intuitions issues de notre réflexion initiale. Concernant **le positionnement auprès de l'équipe médicale**, il apparaît que l'équipe médicale est un soutien essentiel dans le processus d'implémentation, comme le décrivent 5 des 6 IPA suivis. Les IPA interrogés mettent en avant deux éléments déterminants. Le premier est l'importance de partager une vision commune de l'évolution des besoins de prises en charge. Cela implique naturellement des médecins qui « se saisissent beaucoup des projets infirmiers » (médecin 1). Le deuxième est largement lié au vécu de l'IPA, lequel n'est pas neutre sur son engagement dans la fonction. En effet la relation de confiance déjà établie auprès des médecins et la reconnaissance du champ de compétences sont des éléments clés : « il (l'IPA) était déjà identifié dans des champs d'actions un peu différents, un peu complémentaires, et ça l'a conforté » (médecin 2). Cette histoire commune avec l'équipe soignante configure **le positionnement auprès des autres professionnels paramédicaux**. Elle peut générer certaines tensions. L'IPA 3 évoquant une « jalousie de certains autres professionnels » par appréhension de voir les IPA « récupérer leur travail ». Nous retrouvons ici le besoin d'une redéfinition des périmètres d'actions, particulièrement entre l'IPA et infirmiers spécialisés. La posture de l'IPA joue alors un rôle essentiel pour son « acceptation » au sein de l'organisation. Ici encore, la méconnaissance de la fonction contraint effectivement le positionnement professionnel. Une IPA évoque des professionnels « pas intéressés, parce qu'ils ne savent pas ce que je fais. Donc du coup ça n'a pas de sens pour elles » (IPA 2).

**La relation IPA/cadre de santé** semble être la plus critique pour un processus d'intégration réussi, en raison surtout du positionnement de ce nouveau professionnel dans l'organigramme institutionnel. En effet, le rattachement hiérarchique à l'encadrement supérieur est motivé par « un champ d'action très largement supérieur géographiquement » que celui du manager de proximité (Directrice des soins), ce qui a déclenché une frustration pour certains cadres, investis uniquement de « la partie administrative » du projet (cadre de santé 2). Ce choix institutionnel a même conduit à un véritable détachement pour d'autres, se sentant exclus de la démarche « je ne le suis plus en tant que chef, donc il n'a rien à me demander et je n'ai rien à lui demander non plus » (cadre de santé 1). D'autre part, l'identification professionnelle de l'IPA émerge comme un facteur conditionnant ce modèle relationnel. l'IPA n'est pas encore reconnu par la singularité de ses missions, mais comme endossant un « statut de l'aidant du médecin » (cadre de santé 1). La Directrice des Soins décrit pourtant l'importance de reconnaître la pratique avancée « comme un nouveau métier, point. Ce n'est pas un interne « plus » ou un médecin « moins » ». Enfin, comme nos lectures permettaient de le présupposer, la nature des fonctions de l'IPA peut entretenir une tension de rôle avec l'encadrement, notamment dans l'approche du leadership organisationnel, avec des « cadres aujourd'hui qui ont dû prioriser leurs actions parce qu'ils ne peuvent pas tout faire, et l'IPA arrive, lui, avec cette expertise et ce leadership » (Directrice des Soins). Le manager hospitalier appréhenderait ainsi l'émergence d'une profession susceptible de restreindre son champ d'intervention à une dimension purement administrative, à l'encontre de sa propre volonté, et

c'est là un objet de tension important : « j'aimerais bien avoir le temps et être intégrée aux échanges que l'IPA peut avoir au niveau médical et soignant » (cadre de santé 2).

## CONCLUSION :

Cette recherche exploratoire met en évidence de premiers éléments semblant intervenir dans le processus d'implémentation des IPA au sein des établissements de santé. Cette première lecture conceptuelle conduit à identifier les notions de complexification organisationnelle autour de la coordination des parcours de soins, et de positionnement interprofessionnel, comme des éléments susceptibles de contraindre la démarche d'implémentation. L'étude pré exploratoire destinée à mieux cerner la question de l'identification professionnelle et de la posture professionnelle perçue, souligne combien la légitimation institutionnelle de l'IPA est questionnée. Ces éléments semblent constituer des facteurs d'influence essentiels à une implémentation réussie. La collaboration entre les middle managers hospitaliers et les IPA demeure pour l'instant en pleine construction notamment dans la négociation des périmètres d'interventions respectifs. Le cadre de santé détient un champ d'influence certain sur ces facteurs, par ses rôles de contrôle des activités, d'animation des dynamiques d'équipe, de communication des changements organisationnels ou encore de valorisation des compétences soignantes (Dumas et Ruiller, 2013). Afin de répondre aux enjeux du déploiement de la pratique avancée sur notre territoire, il conviendra donc dans la suite de nos travaux de déterminer une stratégie managériale prenant en compte l'ensemble de ces problématiques, pour concevoir un ou des modèles d'implémentation de la profession IPA dans l'expression complète des activités de ces nouveaux professionnels.

## BIBLIOGRAPHIE :

- Arborio, Anne-Marie. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 90 (3), p26-34.
- Berwick, Donald. Hiatt, Howard. Janeway, Penny. et Smith, Richard. (1999). A Shared Statement of Ethical Principles for Those Who Shape and Give Health Care: A Working Draft from the Tavistock Group. *Annals of internal medicine*, 2, p143-147
- Bryant-Lukosius, Denise. DiCenso, Alba. (2004). A Framework for the Introduction and Evaluation of Advanced Practice Nursing Roles. *Journal of Advanced Nursing* 48 (5), p530-540.
- Cargnello-Charles, Emmanuelle. Franchistéguy-Couloume, Isabelle. (2019). Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? *Gestion 2000*, 36, p69-89.
- Crabbe, Erika, et al. (2022) "How Do Medicaid Agencies Improve Substance Use Treatment Benefits? Lessons from Three States' 1115 Waiver Experiences." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 47.4 : 497-518.
- De Rosis, Carolina. Teixeira, Maria. Jovic, Ljiljana. (2021). Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins . *Santé Publique*, 33 (1), p89-100.
- Dien, Yves. Dechy, Nicolas. (2013). Les risques organisationnels des « organisations fragmentées ». *Les entretiens du risque 2013*.
- Dumas, Marc. Ruiller, Caroline. (2013). Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 87, p42-58.
- Dunsire, Andrew. "Implementation in a Bureaucracy." (*No Title*) (1978).
- Giraud, Frédérique. Moraldo, Delphine. (2022). Devenir infirmier en pratique avancée : une mobilité « sur place » ? *Céreq Echanges* 18, Trajectoires et carrières contemporaines, p267-276.
- Hill, Michael, and Peter Hupe. *Implementing public policy: Governance in theory and in practice*. Sage, 2002.
- Jaeger, Marcel. (2010). L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs, *Vie sociale*, 1, p13-23.
- Marion, Russ et Uhl-Bien, Mary. (2001). Leadership in Complex Organizations. *The Leadership Quarterly* 12 (4), p389-418.

Mériade, Laurent, Corinne Rochette, and François Cassière. (2023) "Local implementation of public health policies revealed by the COVID-19 crisis: the French case." *Implementation Science* 18.1 : 25.

Pressman, Jeffrey L., and Aaron Wildavsky. *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland; Or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation*. Vol. 708. Univ of California Press, 1984.

Reay, Trish. Golden-Biddle, Karen. Germann, Kathy. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management*, 11, p396-409.

Rochette Corinne et Cassière François (2018), "Co-production in health organizations: a state of play on the transformation of the role of the patient", 15th International conference in service management research, La Londe Les Maures, 31 mai- 3juin

Schwingrouber, Jocelyn, Loschi, Alain, Gentile, Stéphanie et Colson, Sébastien. (2021). Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée. *Recherche en soins infirmiers*, 145 (2), p104-21.

Soulé, Bastien. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales.. *Recherches qualitatives*, 27, p1-14.

Yatim, Fatima. Sebai, Jihane. (2021). Inter-organizational cooperation in the health sector. The case of the pluri-professional medical centres (MSP) in France. *Gestion et management public*, 9, p47-66.