Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires. Entretiens avec 15 patients en région PACA

Théo Darloy

▶ **To cite this version:**

Théo Darloy. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires. Entretiens avec 15 patients en région PACA. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03265841

HAL Id: dumas-03265841

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03265841

Submitted on 21 Jun 2021

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.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2020

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

SOINS INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE : REPRÉSENTATIONS DES ACTEURS DE CE NOUVEAU DISPOSITIF EN SOINS PRIMAIRES. ENTRETIENS AVEC 15 PATIENTS EN RÉGION PACA

Présentée et soutenue le 17/12/2020,

A la faculté de Médecine de Nice

Par Théo DARLOY

Né(e) le 18/03/1991, à DOUAI (59)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc RAUCOULES

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Monsieur le Docteur Luigi FLORA

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Tiphanie BOUCHEZ

Monsieur le Docteur Fabrice GASPERINI

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GIBELIN Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. THYSS Antoine
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Avant toute chose, je souhaiterais adresser mes plus sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à l'élaboration de ce travail.

En premier lieu, aux Docteurs Fabrice Gasperini et Tiphanie Bouchez qui ont dirigé ce projet collectif et inédit durant plus d'un an, nous orientant avec tact et patience au cours de notre démarche. Je les remercie tout particulièrement pour leur disponibilité et pour leur soutien dans ce travail de longue haleine.

Par ailleurs, au docteur Cyril Drouot qui a rejoint l'équipe en apportant son expertise sociologique et son expérience dans la publication scientifique, mais aussi son enthousiasme et sa grande implication dans cette recherche.

Également, au Professeur David Darmon qui nous fait l'honneur de présider ce jury.

Aux Professeurs Marc Raucoules, Pascal Staccini et Docteur Luigi Flora, qui nous font l'honneur de faire partie de ce jury.

A mes co-thésards Matthieu, Julien et Martina pour leur aide immense, leur soutien, leur implication dans ce travail d'équipe et surtout leur grande capacité de travail et ce toujours dans la bonne humeur et le partage.

A toutes les personnes que j'oublierai de mentionner, mais que j'ai connu, croisé, rencontré ou côtoyé et qui auront agrémenté par leur personnalité mon parcours scolaire, médical ou tout simplement humain.

A tous les maîtres de stage que j'ai eu l'occasion de côtoyer depuis le début de mon cursus, pour l'apprentissage qu'ils m'ont apporté, leur soutien et les nombreux bons moments passés auprès d'eux.

Au Docteur Nathalie Nicolas, qui m'a accueilli de la meilleure des façons lors de mon premier semestre à Bastia, et m'aura appris tant de choses dans la bonne humeur.

Au Docteur Jean-Pierre Allegrini, pour son accompagnement lors de mes premiers pas au cabinet à Île-Rousse, et tous ces moments de partage au-delà de la médecine dans cette magnifique Balagne.

A mes co-internes, pour tous ces moments partagés en stage comme en dehors et leur aide toujours au rendez-vous, notamment la fameuse équipe corse qui se reconnaîtra.

A Pierre et Julien, co-internes, « collocs » et amis rencontrés lors de cet internat niçois qui sera passé à grande vitesse, pour ces moments mythiques passés ensemble.

Au Docteur Ahmed Zeggagh, pour son aide précieuse et continue lors de ce travail de recherche, mais aussi pour sa bienveillance depuis le début et son amitié.

Au Docteur Chue-Koua Yang, pour sa générosité, sa bonne humeur et son soutien.

A tous mes amis Lillois, que je n'oublie pas, pour leur soutien et la solidité de leur amitié, et bien d'autres choses.

Au groupe de « Viens boire un petit coup », Alice, Edouard, Astrid, Gilles, Camille, Julien, Marie Charlotte, Romain, Olivia, Arthur, Alizée, Olivier :
Olivier, pour ce qu'il est, les fous rires interminables et tout ce qu'on partage même à distance
Edouard, pour sa capacité à parler de choses sérieuses dans des moments qui ne s'y prêtent pas, ou bien l'inverse je ne sais plus,
Arthur, pour son soutien et sa capacité à pousser l'autre vers le meilleur en toute circonstance
Julien, pour sa présence durant l'externat, ses découvertes culinaires et son humour
Gilles, pour sa finesse, son tact et sa mesure qui m'impressionneront toujours
Romain, pour tous ces très bons moments de tout ordre, qui deviennent rares

A Charles, mon ami, pour sa solidarité dans le creux des révisions, vivement que je vienne te voir à la Réunion.

A Grégoire et Chalain, pour ces années de colloc lilloise avec l'un puis l'autre, pour tous les moments partagés et leur générosité immense.

A Julien, Aurélien, Thomas, Pierre-Marie, et Valentin pour ses discussions sportives souvent stériles mais tellement drôles, et tant d'autres choses évidemment.

A Clément, Salim, Thibaut, Guillaume et Simon pour ces sacrés moments passés en vacances ou à Lille.

Aux Gueux, amis du rugby, qui m'auront accompagné durant mon externat nordiste, pour tous ces moments de partage sur et hors du pré.

A Pierre dit « Bouly », mon grand ami, pour son soutien, et ce lien sans faille malgré la distance et le temps.

A toute ma famille, qui m'a toujours apporté son soutien au fil des années, avec qui les réunions ne sont généralement pas tristes

A Simon, ce cousin qu'on rêve d'avoir, pour sa créativité, son rire et sa passion de la vie.

A Alex et Sarah, Sarah et Rémy, Justine et Bastien, d'être toujours au rendez-vous des bons moments.

A Pierre, Nicolas et Franck, mes oncles, les médecins qu'ils sont, ont sûrement contribué à mon souhait d'en devenir un aujourd'hui.

A Thierry, mon parrain, lui aussi médecin que j'admirais étant enfant.

A mes deux grands-pères, Marc et Michel, qui ne sont plus, pour les figures qu'ils ont été pour moi, d'avoir permis à leurs familles d'être ce qu'elles sont aujourd'hui, et pour leur passion de la médecine et de la curiosité. Je pense à vous

A ma grand-mère, Éliane, que j'ai apprécié connaître au fil du temps et son courage durant ses dernières années.

A ma grand-mère, Annette dit « Zulma », pour son soutien bien évidemment.

A mes parents, pour la source d'inspiration qu'ils sont depuis toujours et surtout depuis les moments difficiles que nous avons connus :

Ma mère, pour sa force, son altruisme et son soutien infaillible mais aussi pour l'éducation et le goût du soin qu'elle m'a apporté

Mon père, pour son immense courage et sa force au quotidien, mais aussi pour la valeur du travail qu'il m'a inculqué, et sa finesse d'esprit

A mon frère Jean, grand artisan de ma réussite en première année et les suivantes, qui m'a toujours soutenu et montré le chemin mais aussi pour l'exemple qu'il est pour moi

A ma sœur Juliette, pour la complicité qui nous lie, sa bienveillance sans faille et le modèle de travail et d'implication qu'elle représente à mes yeux

A Laura et Baptiste, car vous faites partie de la famille maintenant, et que vous remplissez de joie nos réunions de famille

A Charline, pour ta patience inouïe durant cette année à mes côtés, pour ton amour et parce que tu es celle qui compte le plus.

Sommaire

PREAMBULE **14**
ARTICLE COMMUN **16**
POSTAMBULE **32**
ANNEXES **34**
SERMENT D'HIPPOCRATE **58**

Préambule

Ce travail de recherche s'est construit à mesure que l'objectif principal faisait émerger la nécessité d'explorer les représentations de différents acteurs de santé au sujet du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée (IPA). C'est ainsi que j'ai intégré l'équipe de recherche dans le but de recueillir les représentations d'un acteur du soin primaire : le patient. L'importance d'explorer le point de vue des patients a été démontré dans le *Montreal Model*[1]. Dans ce travail, il est montré que le partenariat patient permet d'améliorer la santé, la pratique et l'enseignement.

Le sujet d'étude et la méthode qualitative qu'il nécessitait m'ont permis de me familiariser avec la démarche scientifique de recherche, première expérience dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale.

L'encadrement dont nous avons bénéficié et la dynamique de groupe ont été des éléments facilitateurs, indéniablement.

Ce projet, en plus de concrétiser un cursus d'études médicales, avait pour but la valorisation des efforts entrepris par une publication dans une revue spécialisée : la revue de Santé Publique. Cet objectif commun a permis d'avancer dans un travail personnel d'une part et partagé d'autre part. Le travail final devait être un article unique, qui permettrait à chacun de faire part de son investissement personnel au travers des résultats et de la discussion notamment. Chacun a réalisé son travail de thèse d'exercice, dans un cadre méthodologique commun, en partageant pas à pas les étapes de la recherche.

Mon travail a donc consisté en un recueil de représentations au sujet du métier d'IPA auprès des patients. J'ai procédé à un recrutement avec effet boule de neige, à partir des premiers entretiens, eux-mêmes réalisés grâce au Docteur Ahmed ZEGGAGH, maître de stage rencontré lors de mon SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) et qui m'aura apporté son aide précieuse et continue lors de ce travail.

Lors de ce parcours, j'ai été chargé (tout en étant très aidé par toute l'équipe) de mettre en forme le protocole afin qu'il soit validé par le comité d'éthique pour les recherches non interventionnelles (CERNI) de l'Université Côte d'Azur. J'ai également eu la chance

[1] Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Sante Publique (Bucur). 26 mars 2015

d'échanger avec Luigi Flora[2], et de bénéficier de son avis d'expert puisqu'il a validé mon document d'information sur la recherche destiné aux patients, ainsi que mon guide d'entretien.

Initialement, le guide d'entretien destiné aux patients était assez fourni en questions et les premiers entretiens me renvoyaient une impression de manque du mot chez le patient. En effet, au début je voyais le patient assez désemparé, ne distinguant pas forcément les nuances d'une question à la suivante. Ce guide comportait des « axes » définis en amont, qui ont évolués selon les concepts émergents du discours des patients. Afin de recueillir leurs représentations, j'ai donc posé aux patients des questions moins nombreuses, plus larges et plus ouvertes, afin qu'ils puissent s'exprimer en tant qu'experts de leur propre expérience et point de vue. C'est ainsi que le guide d'entretien a évolué, au fil des entretiens, tant sur le contenu que sur la forme (Guides I, II et III en Annexes). C'est en rencontrant des patients de tout âge, aux profils sociaux variés et aux besoins en santé multiples, à leur domicile comme dans certains cabinets médicaux, que j'ai pu mener ce travail sur une période d'une année au total (Tableau des caractéristiques Patients en Annexes).

[2] PhD, Codirecteur patient du centre d'innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P), Faculté de médecine, Université Côte d'Azur (UCA), Chercheur, RETINES, UCA ; Chercheur associé, EXPERICE, Paris Lumières, DCPP, Faculté de médecine, Université de Montréal. Coordinateur du partenariat avec les personnes à l'épreuve de psychotraumatisme.s., centre National Ressources et Résilience (CN2R)
Concepteur de programmes et dispositifs d'apprentissage en santé
Chercheur en Sciences humaines et sociales

Article commun

Vous trouverez à la page suivante l'article commun issu de ce travail de recherche conjoint.

Il a fait l'objet d'une demande de validation auprès du CERNI (Comités d'éthique pour les Recherches Non-Interventionnelles) (Cf annexe VI). Nous avons reçu une réponse positive de la part de ce comité.

L'article qui suit, a pour vocation d'être soumis à publication à la revue Santé Publique. Il se retrouve dans quatre thèses :

- Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires. Entretiens avec 14 médecins généralistes en région PACA. (Matthieu Aghnatios).
- Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires. Entretiens avec 15 patients en région PACA. (Théo Darloy).
- Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires. Entretiens avec 12 étudiants en Master d'infirmier en pratique avancée à l'UCA. (Martina Gasparovicova).
- Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires. Entretiens avec 17 infirmiers diplômés d'état en région PACA. (Julien Dictor).

Rubrique de publication : pratiques et organisation des soins

Type de publication : recherche originale

Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires.

Advanced practice nursing: representations of actors in this new model in primary care.

Auteurs

Matthieu AGHNATIOS[1], Théo DARLOY[1], Martina GASPAROVICOVA[1], Julien DICTOR[1], Cyril DROUOT[2], Fabrice GASPERINI[1], Tiphanie BOUCHEZ[1].

Affiliations

[1] Université Côte d'Azur - Département d'enseignement et de recherche en médecine générale, RETINES, HEALTHY - 06107 Nice - France.

[2] Université Côte d'Azur - Département des sciences de l'information et de la communication, TRANSITIONS, ODYSSÉE - 06107 Nice - France.

Correspondance : Dr Fabrice Gasperini

Résumé

Introduction : Le statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) s'inscrit dans la loi en France en 2018. En acquérant des compétences relevant du champ médical, l'IPA suivra des patients volontaires et adressés par un médecin. Une évaluation de l'impact de cette innovation de l'organisation des soins français doit être remise au parlement français en 2021. Ce travail de recherche a été mené pour recueillir des données visant à accompagner l'implémentation du dispositif et à constituer un point de départ au suivi du dispositif dans le temps

But de l'étude : Explorer les représentations des différents acteurs du dispositif d'infirmier en pratique avancée pour les maladies chroniques stabilisées en soins primaires, en région PACA : patients, médecins généralistes, infirmiers libéraux et étudiants infirmiers en pratique avancée.

Résultats : Dans cette étude qualitative prospective par théorisation ancrée, 58 entretiens individuels semi-dirigés ont été menés. Les participants ont exprimé des représentations hétérogènes du rôle de l'IPA. Ils ont fait part d'un flou autour du dispositif et ont exprimé le besoin d'une meilleure communication afin de faciliter son intégration. Le suivi des plans de soins, la prise en charge des patients à domicile, l'éducation thérapeutique et la prévention ont été identifiés comme des besoins auxquels l'IPA pourrait participer. Les zones sous-médicalisées ont été suggérées comme propice à son implémentation. La principale crainte a été le changement de répartition des tâches professionnelles avec le risque de concurrence. L'intégration de l'IPA a été perçue comme plus simple au sein d'établissements de soins car les rôles y sont bien définis avec peu de confusion identitaire entre les acteurs contrairement au milieu libéral. La collaboration entre acteurs de santé a été évoquée comme une condition de réussite du dispositif IPA. Une attitude prudente a été relevée et un besoin de rodage a émergé, les premiers IPA étant considérés comme des précurseurs.

Conclusions : La mobilisation des acteurs de santé est un critère de bonne réussite d'intégration de l'IPA, une politique de sensibilisation semble donc nécessaire. La formation des professionnels de santé dans leur cursus ou en formation continue permettrait de développer des compétences collaboratives nécessaires à l'intégration de l'IPA.

Mots-clés : Pratique infirmière avancée, Médecine générale, Soins de santé primaires, Maladie chronique, Collaboration intersectorielle, Communication en santé.

Abstract

Introduction: *Advanced practice nursing (APN) became legally established in France in 2018. Acquiring competences in the medical domain, an advanced practice nurse (APN) will follow willing patients referred by a physician. An assessment of this innovation's impact in the organization of French health care will be submitted to the French parliament in 2021. This research study was carried out to collect data with the intention of supporting the implementation of this model and constituting the starting point for the model's monitoring over time.*

Purpose of research: *To explore different actors' representations of the advanced practice nursing model pertaining to stabilized chronic diseases' management in primary health care, in the PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur region). Actors involved include patients, general practitioners, nurses and advanced practice nursing students.*

Results: *In this prospective qualitative study based on grounded theory, 58 semi-structured individual interviews were conducted. Participants showed heterogeneous representations of the APN's role. They expressed vagueness about the model and pointed out the need for better communication to facilitate its integration. The monitoring of care plans, the home health care, the therapeutic education and prevention were identified as needs in which the APN could participate. Under-medicalized areas were suggested as suitable to its implementation. The main fear was the changes of the distribution of professional tasks with the risk of competition with other established positions. The APN's integration was perceived as easier in healthcare establishments as the roles seems well-defined there with less identity confusion between the various actors, unlike in the private ambulatory care sector. Collaboration among health actors was mentioned as a condition for the success of the APN model. A cautious attitude was noted and a need for a run-in period emerged, first APN being considered as precursors.*

Conclusions: *Mobilization of health actors is a criterion for successful integration of APN, therefore an awareness policy seems necessary. Training of health professionals in their curricula or in continuing education would make it possible to develop collaborative skills necessary for APN's integration.*

Keywords: *Advanced practice nursing, General practice, Primary health care, Chronic disease, Intersectoral Collaboration, Health communications.*

Introduction

La loi dite de modernisation du système de santé français de 2016 proposait "d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique", via notamment la reconnaissance du statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) (1). En 2018 et 2019 les textes réglementaires émanant de deux ministères en spécifient les modalités et permettent d'en débuter la mise en place (2).

La France évolue dans un contexte international marqué par l'évolution des soins primaires dans une vingtaine de pays (3). En France, la naissance du statut d'IPA s'inscrit dans la dynamique du rapport Berland en 2003 qui indique que des infirmières cliniciennes spécialistes de soins primaires doivent être identifiées pour des missions de conseil, éducation, prévention, suivi de traitements (4). Il s'agissait de faire face à la diminution de la démographie médicale en France, d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles et d'apporter une légitime reconnaissance. En 2004, une première évolution des missions de l'infirmier est permise avec la création des protocoles de

l'association Asalée (Action de santé libérale en équipe) permettant la coopération avec les médecins généralistes dans le suivi de maladies chroniques et de dépistages (5).

La pratique avancée vise plusieurs objectifs : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des maladies ciblées et en donnant aux infirmiers une nouvelle perspective de carrière. Un IPA est un infirmier d'au minimum trois ans d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'État d'IPA (reconnu au grade universitaire de master) précisant la mention choisie : pathologies chroniques stabilisées et polypathologies courantes en soins primaires ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale (2).

L'IPA suivra des patients volontaires adressés par le médecin, en fonction de conditions de collaboration définies dans un protocole d'organisation. Il pourra prescrire des examens complémentaires, des actes de suivi et de prévention, renouveler ou adapter des prescriptions médicales (2). Il exercera dans une nouvelle forme de travail interprofessionnel où il interagira de manière étroite avec le médecin, lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repèrera une dégradation de l'état de santé d'un patient nécessitant un ajustement de la prescription.

Une évaluation de l'impact de la pratique avancée en soins infirmiers doit être remise au parlement français en 2021 (6). L'évaluation de l'activité et des résultats est nécessaire mais pour le moment, aucun modèle d'évaluation n'est retenu. Ainsi il semble nécessaire d'engager des projets de recherche explorant, sur des perspectives variées, les conséquences de cette innovation pour les patients, les professionnels de santé, les organisations et le système de santé dans son ensemble. C'est dans ce contexte de mutation imminente de l'organisation du soin en France que ce travail de recherche a été mené. Avant d'envisager d'étudier l'impact du dispositif, ce travail propose d'étudier en amont, le terrain de l'implémentation de ce nouveau métier. Dans une approche d'amélioration continue de la qualité d'un processus un recueil des données contextuelles initiales doit donc être mené. (7).

Cette étude avait donc pour objectif d'explorer les représentations des différents acteurs du dispositif d'infirmier en pratique avancée pour les maladies chroniques stabilisées en soins primaires, en région PACA : patients, médecins généralistes, infirmiers libéraux et étudiants infirmiers en pratique avancée.

Matériels et méthodes

Type d'étude et justification

Il s'agissait d'une étude qualitative prospective par entretiens semi-dirigés individuels des acteurs de soins primaires concernés par le dispositif IPA. La démarche méthodologique était basée sur la théorisation ancrée (8). Cette méthode inductive, adaptée à l'étude des interactions sociales, vise la théorisation d'un phénomène à partir de la comparaison constante entre les données empiriques et les concepts émergents de l'analyse. Bien qu'inévitables et dans une certaine mesure nécessaires à toute approche de terrain, les idées préconçues des chercheurs ont été explorées et identifiées en début de travail par une méthode de micro-analyse pour favoriser leur mise entre parenthèses. Un journal de bord a été tenu à jour pendant l'étude par chacun des investigateurs. Il contenait des données désidentifiées recueillies au cours du processus de recherche : notes opérationnelles, observation de terrain, codage et théorisation, qui ont permis de faire évoluer les échantillons et les guides d'entretien. Des réunions d'échange entre les investigateurs sur l'avancée de la recherche ont été organisées et ont permis le partage d'expériences de terrain, la mutualisation des approches méthodologiques et l'ébauche d'une théorisation.

L'exploration des représentations des futurs acteurs collaborateurs de l'IPA en soins primaires a été menée sur quatre échantillons d'informateurs : médecins généralistes (MG), infirmiers libéraux (IDE), patients et étudiants d'infirmier en pratique avancée (eIPA). Les inclusions ont eu lieu au fur et à mesure de l'analyse et la fin des inclusions a été décidée en concertation lorsque la saturation des concepts extraits des données a été atteinte.

Protocole

Les critères d'inclusion étaient le fait d'exercer ou de résider dans les Alpes-Maritimes ou dans le Var pour les médecins, infirmiers et patients et d'être étudiant du master IPA mention « pathologies chroniques stabilisées » de l'Université Côte d'Azur pour les eIPA. Les critères de non-inclusion étaient la barrière de la langue et l'absence de consentement. Le critère d'exclusion était le retrait du consentement à participer. Les échantillons ont été constitués en recherche de variation maximale et ont bénéficié d'un effet boule de neige à partir de premières personnes connues des investigateurs. Ils ont ensuite été adaptés en cours d'analyse, selon les besoins d'exploration des concepts. Enfin, les données relatives aux caractéristiques individuelles ont été recueillies lors des entretiens par les investigateurs, puis transcrites et désidentifiées en créant un alias pour chaque participant. Les verbatim d'entretiens ont également fait l'objet d'une désidentification et incluaient des notes relatives au non verbal. La fidélité des transcriptions a été validée par les participants ayant répondu positivement à notre sollicitation de contrôle.

Les entretiens semi-dirigés individuels ont été menés en face à face ou par visioconférence à l'aide d'un guide d'entretien, distinct par type d'informateur, explorant notamment la connaissance du projet et les représentations projectives, évolutif en fonction des concepts à explorer. Le guide d'entretien destiné aux patients a bénéficié d'une validation par un patient partenaire (9). Le lieu de l'entretien était laissé au choix des participants sous réserve de permettre de bonnes conditions d'entretien. Lorsqu'aucun nouveau concept n'émergeait plus après plusieurs entretiens (nombre fixé à 3 par l'équipe de recherche) un entretien supplémentaire était mené afin d'authentifier la saturation des données.

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO®. Les données ont été analysées d'abord pour chaque entretien par un codage initial descriptif, dit ouvert : des segments de transcriptions ont été labélisés par des étiquettes qui visaient à en extraire le sens. Puis les codes ont été regroupés en catégories, jusqu'à ce que toutes les catégories rendent compte de toutes les variations de sens des données. Ensuite le codage thématique dit axial visait à identifier des phénomènes pertinents en affinant les relations entre les catégories et en identifiant les catégories principales pour les organiser en thématiques émergentes. Enfin, le codage sélectif a permis le rapprochement de ces thématiques à des concepts théoriques capables d'apporter des éclairages sur un phénomène nouvellement identifié comme étant celui d'une *pluralité des représentations du métier d'IPA de la part des acteurs associés au dispositif d'implémentation des IPA*. Un double codage a été réalisé pour désamorcer les biais d'analyse sur quelques entretiens par échantillon, suivi d'une séance de comparaison des étiquettes et de concertation entre chercheurs. Les recommandations COREQ (Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research) ont été respectées.

Ethique

Un document d'information était remis aux participants et leur consentement écrit recueilli. Le protocole a été validé par le comité d'éthique pour les recherches non interventionnelles de l'Université Côte d'Azur (UCA) (n° 2020-72).

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

La suffisance des données a été constatée après 58 entretiens menés du 28 février au 03 novembre 2020. La durée moyenne des entretiens était de 35 minutes (de 15 à 104 minutes) et l'ensemble du corpus durait 34 heures et 17 minutes.
Les entretiens ont été menés avec 17 infirmiers libéraux, 12 étudiants IPA en master 2, 15 patients et 14 médecins généralistes. Les caractéristiques principales sont décrites dans le tableau.
Les résultats seront présentés en trois parties correspondant aux trois axes explicatifs ayant émergé du codage sélectif.

La communication comme facteur d'engagement professionnel

En premier lieu, les participants ont exprimé des représentations hétérogènes du rôle professionnel de l'IPA :

> *« C'est des super infirmiers »* (*P_49)* ; *« un rôle de mini-médecins traitants sur le suivi de certaines pathologies »* (*MG_67)* ; *« c'est le bras droit du médecin » (IDE_71) ; « on reste toujours les infirmiers »* (*eIPA_12)*.

Les participants ont fait part d'un flou autour du dispositif et d'un accès inégal à l'information :

> *« Comme j'en n'avais plus trop entendu parler, je ne savais pas du tout que c'était encore à l'ordre du jour ! »* (*MG_13)*.

Les professionnels de santé ont également mentionné être mieux informés que les patients. La plupart des participants ont laissé voir un engagement limité envers le dispositif, comme ce patient :

> *« Non, non peut être qu'on en aura plus besoin, je sais pas dans l'avenir mais pour le moment ça va » (P_52).*

Les IDE ont montré un engagement plus marqué tout comme les eIPA qui le sont naturellement :

> *« Je trouve que c'est un très bon projet. Maintenant faut voir comme il va pouvoir se mettre en place et je dirai aussi la collaboration avec le médecin » (IDE_10).*

Ces différences de représentations renvoient au besoin de partager des valeurs et des représentations communes pour réussir à juger collectivement et positivement de l'utilité du dispositif IPA. L'enjeu est de réussir à créer un climat social favorable à l'acceptation de ce nouveau dispositif (10) où chacun a besoin de connaitre son rôle, de se représenter et de reconnaitre le rôle des autres ainsi que de comprendre son positionnement au sein du système de soins (11) .

Les eIPA, qui se sont eux-mêmes majoritairement définis comme des infirmiers, souhaitaient une reconnaissance adéquate de leurs compétences élargies par rapport à ces derniers. L'introduction de ce dispositif a été vue comme une valorisation de tout le corps infirmier. Les participants ont reconnu que l'IPA est un expert dans son champ de compétences. Ils ont exprimé l'espoir que cette reconnaissance soit aussi financière :

> « *Il faut que l'IPA ait un salaire plus élevé qu'un IDE. Il a un nombre d'années d'études supérieures, une responsabilité supérieure donc salaire supérieur* » *(IDE_82).*

Les participants ont exprimé l'idée que le dispositif IPA permettrait une meilleure reconnaissance juridique et sociale des pratiques infirmières via la légalisation d'actes non reconnus (12) :

> « *Ça serait une légalisation de certaines choses (rires) qu'on fait parfois et qu'on va dire, on ne devrait pas faire* » *(IDE_46).*

Néanmoins, tous les participants ont jugé la formation contraignante pour les IDE libéraux, car coûteuse en temps et argent :

« *Les libérales elles te disent : « Mais moi j'ai pas envie de faire 2 ans d'études avec un mémoire, j'ai 2 enfants, j'ai si, j'ai ça… ! » Et en plus il faut payer 6000 € !* » *(eIPA_49).*

Les participants ont également exprimé une certaine défiance vis-à-vis de décisions politiques antérieures, comme celles relatives au numerus clausus ou à l'absence de réévaluation des grilles de salaire :

« Ils ont pas anticipé le manque des médecins. (…) Ils font revenir un peu les infirmiers avec des responsabilités plus grandes (…) Quand dans 10 ans il y aura pleins de médecins, qu'est-ce qu'ils vont devenir ces infirmiers de pratique avancée ? » (IDE_41).

Quant aux médecins, ils ont eu les opinions les plus mitigés et certains ont eu l'impression que ce nouvel acteur de soin leur a été imposé, générant une méfiance naturelle face à un élément nouveau et mal appréhendé (13) :

« Pour moi c'est plus un truc qui vient parce qu'on ne peut pas faire autrement quoi » (MG_86).

Enfin, tous les acteurs ont exprimé le besoin d'une communication plus importante sur le dispositif IPA afin de faciliter son intégration :

« J'espère qu'il y aura plus de communication sur ce nouveau métier (...) Pour pouvoir expliquer ce que c'est et rassurer les gens » (eIPA_57).

Ces derniers éléments nous mettent sur la piste des théories de la persuasion et de l'engagement (14) qui abordent notamment la question des enjeux relatifs à la manière dont il est possible d'orienter une discussion ou un débat ; et ce, notamment vers des aspects plus ou moins positifs et favorisant, à dessein, l'acceptabilité d'un dispositif pour et par ses usagers.

Un déséquilibre entre perception des risques et des bénéfices

Les participants ont exprimé différentes attentes sur les qualités de l'IPA, dont celles d'être compétent et expérimenté :

« Qu'il soit comme le médecin, qu'il réussisse à me soigner » (P_09) ; *« c'est une infirmière qui a plus de connaissances, qui a plus d'expertise » (eIPA_91).*

La plupart des participants a exprimé l'idée que l'arrivée d'un IPA permettra d'accroître la surveillance médicale. Cette idée agrège celles relatives aux objectifs de l'IPA qui sont, entre autres, de constituer un gain de sécurité pour le patient, une meilleure prise en charge des pathologies chroniques, un dégagement du temps médical avec une meilleure accessibilité aux soins et – en particulier pour les participants eIPA et les IDE – une réduction des hospitalisations. Certains participants de chaque échantillon ont évoqué que les IPA pouvaient répondre aux besoins liés aux visites à domicile des patients. Ils ont aussi suggéré que l'implantation des IPA dans les zones sous-médicalisées serait propice :

« *J'habite à la campagne, il n'y a pas de médecins, l'inégalité entre campagne et ville en médecin me gêne un peu (…), peut-être qu'ils pourraient être plus dans les zones désertées* » *(P_99).*

Les participants ont aussi évoqué le fait que les IPA apportent une aide dans les domaines de l'éducation thérapeutique et de la prévention, comme ce patient :

« *Elle a un rôle en termes de santé publique, d'éducation (…) on parle de prise en charge et de suivi thérapeutique* » *(P_80).*

Encore, certains participants ont fait un parallèle entre les bénéfices du dispositif IPA et ceux déjà connus du protocole Asalée :

« *En fait les infirmières Asalée sont pour moi les premières IPA de France, (...) l'IPA c'est la suite logique d'Asalée* » *(IDE_34).*

Enfin, les IDE et les eIPA ont cité la transmission de compétences infirmières comme un bénéfice supplémentaire du dispositif IPA :

> « *Je me projette aussi dans la formation de mes collègues pour optimiser la prise en charge* » *(eIPA_06).*

L'ensemble de ces bénéfices perçus constitue un terreau d'éléments d'information pouvant faire l'objet d'une communication d'action et d'utilité sociale facilitant l'implantation du dispositif IPA (15) afin de valoriser son efficacité et de réduire la perception des risques, qui entrave les nécessaires changements sous-tendus par l'implémentation des IPA (16).
Face à ces représentations positives des qualités de l'IPA sont néanmoins ressorties des craintes relatives à un changement dans la répartition des tâches professionnelles. Les médecins et IDE ont notamment évoqué le risque de concurrence, par empiétement de l'IPA sur leurs rôles propres :

> *« En fait le problème c'est que les médecins ils ont impression qu'on leur vole leur travail et les infirmiers ils ont l'impression qu'on fait leur travail » (eIPA_35).*

Certains médecins ont aussi évoqué la crainte d'une complication aggravant leurs conditions de travail :

> *« D'un côté purement pratico-pratique, s'il ne me reste que les consultations galères, compliquées et tout ça (...) je ne peux pas être rentable et vivre de mon activité. Parce que si chaque consult me prend 40 minutes parce que c'est à chaque fois des consults pas possible, j'ai pas les tenants et aboutissants de départ et que je me retrouve à faire la voiture balai, ça va être compliqué » (MG_67).*

Ces craintes peuvent renvoyer aux enjeux d'une communication sur le risque, ici ceux d'une concurrence interne ou d'une aggravation des conditions de travail. Ces enjeux de « communication du risque » (17), qui sont intégrés aux enjeux de toutes sortes de communications relatives aux IPA, mériteraient alors d'être explorés pour mieux en maîtriser les effets en matière de perception des risques et des bénéfices du dispositif.

Des compétences collaboratives nécessaires à l'intégration du dispositif IPA

Les participants ont aisément projeté l'intégration de l'IPA au sein des établissements de soins telles que l'hôpital, les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) car les rôles y sont bien définis avec peu de confusion identitaire entre les acteurs. En revanche, en libéral, aux notions de concurrence susmentionnées se sont ajoutées les craintes d'un clivage au sein de l'organisation. Tous ont exprimé une attente de complémentarité :

> *« Au niveau général pour la profession, j'espère que ça ne formera pas un clivage… J'espère que l'infirmière sera plutôt une personne référente et qu'il puisse y avoir des échanges avec d'autres infirmières » (IDE_03). « Le salariat des IPA permettrait de limiter les conflits d'intérêts en cas de litiges avec des médecins généralistes, cela favoriserait le travail en exercice coordonné » (eIPA_28).*

L'IPA doit donc s'insérer au sein des différents acteurs du système de soins (18). Tous les participants ont évoqué la collaboration entre acteurs de santé comme une condition de réussite du dispositif IPA :

> *« Une meilleure communication, donc on voit que les choses qui peuvent se mettre en place sont faites de façon collégiale. Le médecin est averti, il y a discussion ensemble. Le patient est averti quand il a la capacité d'entendre et de comprendre » (IDE_31).*

Les avis ont cependant été divergents quant à la place de chacun au sein de cette collaboration. En outre, les IPA ont été perçus comme de possibles futurs coordinateurs dans le système de soins libéral par les eIPA, les IDE et les patients :

> *« En ville pareil, déjà c'est un référent en hôpital ou en clinique mais en ville aussi, qu'il soit un petit peu le coordinateur. On peut envisager ça comme ça » (IDE_16).*

Cette représentation est ensuite entrée en contradiction avec celle des médecins, qui se sont projetés au centre de l'organisation des soins :

> *« Moi je pense que c'est une bonne évolution du système de santé français, de mettre en place des équipes pluridisciplinaires, managées par le médecin traitant, médecin généraliste » (MG_93).*

Les IDE et eIPA ont exprimé une inquiétude quant à l'accueil du dispositif IPA par les médecins et ont été critiques sur la dépendance de l'IPA envers le médecin :

> *« Devoir signer des protocoles de collaboration avec des médecins généralistes (...) ça s'apparente plus à un droit, un droit d'intégrer une patientèle » (eIPA_28)*.

Dans ce contexte, certains eIPA ont souhaité une mention "premier recours" pour sortir de cette dépendance :

> *« Donc, bon, on est en train d'essayer d'obtenir le premier recours parce que ça se passe tellement pas bien avec les généralistes que… et on a besoin d'exister » (eIPA_88).*

Les médecins se sont projetés dans une délégation de tâches mais en posant des conditions, notamment la mise en place d'une relation de confiance et d'une pratique uniforme :

> *« Il faudra qu'elle ait le même discours que moi [...] Qu'on est un peu sur la même longueur d'onde parce que sinon le patient il va pas savoir quoi... [...] Ça va le perturber quoi » (MG_86).*

Les patients ont déclaré faire confiance au médecin dans la décision concernant les intervenants dans son soin :

> *« Je me fierai à mon médecin, si mon médecin me conseille cela c'est qu'il a jugé nécessaire de voir l'infirmier en pratique avancée » (P_31).*

Dans le milieu libéral, les participants ont évoqué une difficulté de projection face au dispositif IPA. L'ensemble des participants a décrit les premiers IPA comme des précurseurs. Néanmoins, il semblait se dessiner au sein d'une majorité de participants une certaine attitude *attentiste,* qui s'est notamment exprimée au travers d'un besoin de rodage des nouvelles pratiques professionnelles :

> *« Voilà, de toute façon il y a une partie qui va être décidée sur le terrain en fonction de comment cela va fonctionner. De la faisabilité et tout » (MG_25).*

Plus largement, les eIPA semblent avoir eu conscience de la nécessité de faire leurs preuves au cours des prochaines années.

Discussion

D'une part, cette étude a révélé une hétérogénéité des représentations envers les IPA avec une tendance plutôt optimiste quant à leur insertion dans le système de soins malgré les craintes d'une complexification organisationnelle. D'autre part, une attitude prudente a émergé dans chacun des populations étudiées avec un besoin de rodage des nouvelles pratiques proposées par le dispositif IPA.

Forces et limites

L'implémentation très récente des IPA et le peu de recherches interrogeant directement les acteurs de terrain en soins primaires rendent ces données contemporaines rares. L'approche croisée synchrone de cette étude donne une vision transversale du terrain de cette implémentation en 2020. La démarche d'analyse permet de proposer un éclairage du phénomène au-delà d'un catalogue de représentations. La validité interne est renforcée par des mesures limitant les biais de recueil et d'interprétation inhérents à la méthode : analyse des idées préconçues des investigateurs, double codage d'entretiens, travail en équipe pluridisciplinaire (19). La validation des transcriptions par les participants a permis de solliciter leurs réactions pour valider un texte au plus proche de leur réalité, diminuant de fait le biais de collecte de données (20).
En guise de limites, la méfiance de certains acteurs, possiblement majorée par l'enregistrement audio et la position de médecin des investigateurs, a pu influencer le discours. L'échantillon a été limité à une région et les thématiques proposées en analyse sont à confronter à des enquêtes sur d'autres territoires.

Confrontation des résultats

D'autres travaux internationaux évoquent des données semblables à cette étude. Les représentations de chaque corps de métier sont bousculées lors de l'intégration d'un nouvel acteur de santé (11)(13). Cette observation est retrouvée dans une étude québécoise en 2017 qui montrait que l'intégration des IPA n'était pas simple et remettait en question les définitions existantes des rôles des infirmiers et des médecins (21) .

Ces représentations des rôles ont un impact sur l'opinion des acteurs de ce nouveau dispositif. Dans notre étude les IDE avaient un avis favorable au dispositif IPA tout en faisant preuve de compréhension face aux réticences de certains MG et aux craintes des IPA. Les médecins généralistes ont eu des opinions contrastées mais une partie d'entre eux ont dit être favorables au dispositif IPA. Une étude étasunienne retrouvait également des médecins plutôt favorables au dispositif IPA malgré des médias plutôt défavorables (22). Ces résultats vont dans le sens d'une revue systématique de 2017 qui insistait : sur l'importance d'une relation de confiance entre les professionnels de santé ; sur une définition précise des rôles de l'IPA ; ainsi que sur la valorisation des aspects positifs du dispositif IPA (23).

Dans le cadre de prise en charge des maladies chroniques par exemple, les IPA au Canada avaient un discours rassurant quant à leur rôle et utilité (24). Ils souhaitaient ne pas être détournés de leur rôle et ne pas prendre en charge les premiers recours, qui représentaient à leurs yeux une « complexification » de leur pratique (25). Les IPA semblaient préférer évoluer dans une pratique professionnelle plus séquentiellement divisée et dans une certaine mesure maîtrisée, qu'intégrer un plus vaste éventail de temps et de lieux de pratiques interdépendantes et donc moins divisibles. À l'inverse, nos populations à l'étude s'inscrivaient plutôt bien dans cette dynamique de complexification et certaines IPA allaient jusqu'à souhaiter une mention premiers recours pour faciliter l'accès aux soins pour certains patients et sortir de la dépendance des médecins généralistes.

La complexification des pratiques vient se confronter à l'efficience de celles-ci. Les quatre populations de notre échantillon ont évoqué que l'IPA ferait soit aussi bien que le médecin, soit moins bien, mais aucun n'a évoqué l'éventualité que les IPA puissent être plus efficaces. Ce constat remet en perspective celui d'une revue systématique de 2002 où, *a contrario,* les patients avaient le sentiment d'un plus haut niveau de satisfaction potentielle de la pratique de l'IPA, par rapport à celle de leur médecin (26). La complexification des pratiques appelle des compétences collaboratives. Bien que le travail en équipe ait été glorifié par l'ensemble des populations à

l'étude, cette modalité de travail se heurte à des différences de représentations responsables de nombreuses résistances. En outre, nous avons pu mettre en avant que les médecins ne souhaitaient pas faire évoluer leurs rôles de coordinateurs au sein des équipes. Dans cette situation, il est facile de percevoir que les dynamiques de groupe, très sensibles à la qualité et à la stabilité des différents systèmes de soin proposés, doivent être pensées selon une écologie de l'action s'adossant aux spécificités socioculturelles des territoires où les organisations demeurent (27). Cela va dans le sens de l'étude de 2019 qui reprend les différents systèmes d'organisation des soins primaires à l'étranger (3).

La lecture macroscopique des résultats fait ainsi ressortir une attitude attentiste largement partagée des personnes interrogées, qui ne souhaitaient pas s'inscrire immédiatement au sein du dispositif IPA. Bien qu'ils aient pu verbaliser « oui, mais pas pour moi », ce phénomène n'apparaît pas être associable au syndrome de NIMBY (« Not In My Back Yard ») puisque les participants n'ont pas non plus manifestés d'attitude de rejet vis-à-vis de leur capacité à travailler avec les IPA (28). L'implémentation de ce dispositif est perçue de manière positive en termes de soin dans notre étude mais engendre cependant une surreprésentation des risques de complexité organisationnelle qui pourrait décourager les acteurs de santé à s'engager dans cette voie. En plus des pistes apportées par ce travail, il semble nécessaire d'explorer et de suivre spécifiquement les déterminants de cette posture d'attente pour accompagner l'engagement des acteurs dans le dispositif.

Perspectives

Tous les acteurs interrogés ont rapporté une intégration plus difficile de l'IPA en ambulatoire qu'à l'hôpital. Une étude hospitalière canadienne rapporte quatre facteurs de bonne réussite d'intégration de l'IPA (29), dont la mobilisation des acteurs de santé. Ce facteur est transposable au milieu libéral et nos résultats permettent d'estimer que les professionnels de santé n'ont pas été mobilisés car insuffisamment informés. Une politique de sensibilisation auprès des acteurs de santé pourrait favoriser l'intégration de l'IPA (14).

Un manque de formation des professionnels de santé sur les compétences collaboratives est un frein à la mise en place de dispositifs de travail interprofessionnel selon une étude en Nouvelle Zélande en 2009 (30). Une politique de formation des professionnels de santé dans leur cursus initial et en formation continue permettrait de développer et d'entretenir ces compétences collaboratives nécessaires à l'intégration de l'IPA.

Selon certains eIPA et médecins de notre étude, la présence d'un IPA sur le territoire peut être un aspect attractif d'installation pour des médecins ne voulant pas être isolés. Cela s'intègre dans le projet plus global de loi "Ma santé 2022" promouvant les CPTS et le travail interprofessionnel (32). Cette loi a pour vocation de créer un maillage de l'ensemble du territoire français et permettre un accès égal aux soins.

Un rapport d'évaluation doit être remis en 2021 au gouvernement français (6). La formation a déjà évolué avec l'intégration des maladies mentales parmi les mentions de l'IPA. Si l'on se réfère aux études sur la pratique avancée des infirmières au service des urgences aux USA (33), leur rôle semble justifier la réflexion d'une création d'une cinquième mention « urgences-premiers recours ». Ce rôle est déjà sollicité par les populations de patients, IDE et eIPA de notre étude.

Conclusion

Cette recherche visait l'étude des représentations des acteurs du dispositif d'IPA en soins primaires, en amont de son implémentation. Il s'agissait donc de représentations prospectives. Il serait intéressant, *a posteriori* de l'implémentation des IPA, d'étudier ces mêmes populations afin de savoir si leurs représentations ont évoluées, conformément aux différents phénomènes sociologiques évoqués.

Cette recherche est un point de départ concernant l'évaluation de ce nouveau dispositif IPA en soins primaires. Des études futures sont nécessaires pour monitorer son implémentation. Les méthodes pour le faire doivent être imaginées dès aujourd'hui, pour documenter le continuum d'implémentation et la variété des mises en œuvre en vue d'ajuster l'outil réglementaire aux réalités de terrain.

Remerciements : Nous remercions chaleureusement Luigi Flora et Ahmed Zeggagh pour leur participation et tous les informateurs pour leur bon accueil. Les auteurs demeurent seuls responsables de cette étude et ne sauraient engager la responsabilité d'autrui.

Références

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641?r=1JawOgJHP5

2. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée [Internet]. 2018-629 juillet, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115/

3. Y B, A M, J M. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes : rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005. Rapp Irdes [Internet]. 1 mars 2006 [cité 25 nov 2019];(1624, QES 95). Disponible sur: https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2006/rap1624.htm

4. rapport_berland.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf

5. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Health Policy. 1 déc 2010;98(2):131-43.

6. Debout C. Évaluer la contribution de l'infirmier en pratique avancée. Soins. mai 2019;64(835):46-51.

7. Meyers DC, Durlak JA, Wandersman A. The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Am J Community Psychol. 1 déc 2012;50(3):462-80.

8. Belgrave LL, Seide K. Grounded theory methodology: Principles and practices. Handb Res Methods Health Soc Sci. 12 janv 2019;299-316.

9. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Sante Publique (Bucur). 26 mars 2015;S1(HS):41-50.

10. Gendron C. Penser l'acceptabilité sociale : au-delà de l'intérêt, les valeurs. Commun Rev Commun Soc Publique. 1 févr 2014;(11):117-29.

11. Jodelet D. Représentations sociales et mondes de vie. Archives contemporaines; 2015. 387 p.

12. Honneth A. La lutte pour la reconnaissance. Editions du Cerf; 2000. 240 p.

13. Marinov V. Les méfiants. PUF; 2018. 198 p.

14. Girandola F. Psychologie de la persuasion et de l'engagement. Presses Univ. Franche-Comté; 2003. 416 p.

15. Bernard F. Organiser la communication d'action et d'utilité sociétales. Le paradigme de la communication engageante. Commun Organ. 1 juin 2006;(29):64-83.

16. Nagels M. Améliorer l'auto-efficacité collective des équipes de cadres formateurs en IFSI par la didactique professionnelle. Rech Soins Infirm. 2011;N° 104(1):30-50.

17. Bouzon A. Risque et communication dans les organisations contemporaines. Commun Organ [Internet]. 1 nov 2001 [cité 18 nov 2020];(20). Disponible sur: http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2548

18. Maisonneuve J. La dynamique des groupes: « Que sais-je ? » n° 1306. Que sais-je; 2018. 74 p.

19. Huberman AM, Miles MB, Miles MB. Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes / [Internet]. Éditions du Renouveau pédagogique ; De Boeck,; 1991 [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://eduq.info/xmlui/handle/11515/4542

20. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. :29.

21. Chouinard V, Contandriopoulos D, Perroux M, Larouche C. Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. BMC Health Serv Res. 26 juin 2017;17(1):437.

22. Kraus E, DuBois JM. Knowing Your Limits: A Qualitative Study of Physician and Nurse Practitioner Perspectives on NP Independence in Primary Care. J Gen Intern Med. mars 2017;32(3):284-90.

23. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC Nurs. 18 janv 2017;16(1):6.

24. Guillaumie L, Therrien D, Bujold M, Pelletier J, Bujold L, Lauzier S. Perspectives of Quebec Primary Health Care Nurse Practitioners on Their Role and Challenges in Chronic Disease Management: A Qualitative Study. Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm. 17 sept 2019;844562119862735.

25. Strum S, Callon M, Latour B, Akrich M. Sociologie de la traduction: Textes fondateurs. Presses des Mines via OpenEdition; 2013. 310 p.

26. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 6 avr 2002;324(7341):819-23.

27. Morin E. COMPLEXITE RESTREINTE, COMPLEXITE GENERALE. :16.

28. Jobert A. L'aménagement en politique. Ou ce que le syndrome NIMBY nous dit de l'intérêt général. Polit Rev Sci Soc Polit. 1998;11(42):67-92.

29. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. Sante Publique (Bucur). 9 mai 2017;Vol. 29(2):241-54.

30. Pullon S, McKinlay E, Dew K. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. Br J Gen Pract. 1 mars 2009;59(560):191-7.

31. Dahrouge S, Muldoon L, Ward N, Hogg W, Russell G, Taylor-Sussex R. Roles of nurse practitioners and family physicians in community health centres. Can Fam Physician. 1 nov 2014;60(11):1020-7.

32. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juillet, 2019.

33. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. 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. Hum Resour Health. déc 2017;15(1):63.

Tableau

Tableau : Caractéristiques des populations interrogées

Patients								
Informateur (alias)	Sexe	Age (ans)	Lieu de vie	Durée des entretiens (minutes)	Profession	Soins IDE réguliers	Ancienneté maladie (ans)	Association de patients
P_22	H[a]	66-70	U[c]	19	Agent d'entretien retraité	N[h]	6	N
P_09	H	60-65	SR	20	Electromécanicien retraité	N	7	N
P_31	H	50-55	U	31	Ambulancier	N	4	N
P_67	F[b]	46-50	U	23	Agent de propreté	O[i]	10, 3	N
P_99	H	60-65	R[d]	24	Retraité	N	10	N
P_17	F	46-50	U	24	Cadre administratif	N	1	N
P_59	F	50-55	U	32	Gérante salon coiffure	N	5, 6	N
P_49	F	40-45	U	32	Agent immobilier, journaliste	N	néonatal	O
P_53	F	66-70	SR[e]	15	Employée de banque retraitée	N	15	N
P_02	F	50-55	SR	23	Hôtesse de caisse	N	14, 1, 6	N
P_61	H	60-65	SR	26	Négociateur matériaux retraité	N	10, 6, 11	N
P_04	F	20-25	U	21	Etudes de management	N	2	N
P_80	F	66-70	SR	21	Cadre IDE retraitée	N	5	N
P_52	F	80-85	U	18	Retraitée du prêt à porter	N	2	N
P_26	F	50-55	R	45	Bibliothécaire	O	7	O
Etudiants IPA								

Informateur (alias)	Sexe	Age (ans)	Lieu d'exercice	Durée des entretiens (minutes)	Mode d'exercice	IDE Asalée	Expérience libérale (ans)	Expérience hospitalière (ans)
eIPA_49	F	40-44	U	50	A[f]	N	5-9	10-14
eIPA_12	F	55-59	SR	57	A	N	20-24	5-9
eIPA_73	F	40-44	R	104	A	O	0 (salariée en MSP 1-4)	5-9
eIPA_64	F	35-39	U	40	Hospitalier	N	1-4	15-19
eIPA_30	F	25-29	U	60	Hospitalier	N	0	5-9
eIPA_57	F	45-49	U	37	A	N	10-14	10-14
eIPA_06	F	30-34	U	48	Hospitalier	N	0	5-9
eIPA_91	F	35-39	U	47	A	N	5-9	1-4
eIPA_25	F	50-54	R	81	A	O	20-24	1-4
eIPA_28	H	35-39	U	65	A	N	5-9	5-9
eIPA_35	F	30-34	U	43	A	N	1-4	10-14
eIPA_88	F	45-49	SR	24	A	N	10-14	5-9

Infirmiers libéraux

Informateur (alias)	Sexe	Age (ans)	Lieu d'exercice	Durée des entretiens (minutes)	Mode d'exercice	IDE Asalée	Expérience (ans)	Syndiqué
IDE_71	F	30-34	U	35	A	N	5-9	N
IDE_49	F	25-29	U	27	A	N	5-9	N
IDE_16	H	50-54	U	35	A	N	25-29	O
IDE_24	H	50-54	U	28	A	N	20-24	O
IDE_46	F	50-54	U	21	A	N	25-29	N
IDE_35	F	45-49	U	19	A	N	20-24	N
IDE_31	F	55-59	U	29	A	N	30-34	N
IDE_36	F	45-49	U	26	A	N	15-19	N
IDE_76	F	55-59	U	22	A	N	10-14	N
IDE_41	F	50-54	U	28	A	N	20-24	N
IDE_82	H	35-39	R	27	A	N	5-9	N
IDE_10	F	55-59	U	25	A	N	35-39	N
IDE_43	H	45-49	SR	64	EHPAD	N	5-9	O
IDE_34	F	35-39	U	52	A	O	10-14	N
IDE_03	F	30-34	SR	71	A	O	5-9	N
IDE_89	F	25-29	U	50	EHPAD	N	1-4	N
IDE_20	H	60-64	R	58	A	N	40-44	O

Médecins généralistes

Informateur (alias)	Sexe	Age (ans)	Lieu d'exercice	Durée des entretiens (minutes)	Mode d'exercice	Travail avec Asalée	Expérience (ans)	Syndiqué
MG_25	H	50-54	SR	38	Groupe de médecins	N	15-19	N
MG_93	H	70-74	U	22	Seul	N	40-44	O
MG_98	H	30-34	SR	28	Groupe de médecins	N	5-9	N
MG_67	H	30-34	SR	20	Groupe de médecins	N	5-9	O
MG_36	F	60-64	U	28	Groupe de médecins	N	30-34	N
MG_13	F	50-54	R	18	Groupe de médecins	N	20-24	N
MG_47	H	60-64	U	30	MSP[g]	O	30-34	O

MG_21	H	40-44	U	32	Groupe de médecins	O	10-14	N
MG_86	F	40-44	SR	30	Seul	O	10-14	N
MG_08	F	35-39	SR	28	Groupe de médecins	N	5-9	N
MG_89	F	40-44	R	52	MSP	O	10-14	N
MG_27	H	50-54	SR	29	Seul	N	15-19	N
MG_78	F	60-64	SR	35	Seul	N	30-34	N
MG_17	F	55-59	R	21	Seul	N	25-29	N

[a] : homme.

[b] : femme.

[c] : urbain.

[d] : rural.

[e] : semi-rural.

[f] : ambulatoire.

[g] : maison de santé pluridisciplinaire.

[h] : non.

[i] : oui.

Postambule

Au cours de cette dernière année d'internat, ce travail de thèse m'aura permis de partager ma première expérience de recherche avec une équipe très motivée, des séniors aux co-thésards : Matthieu, Martina et Julien. Les compétences développées et acquises durant cette étude seront un apport véritable dans ma pratique future en tant que médecin.

Le travail d'écriture scientifique était inédit pour moi, qui plus est à quatre. Nous avons rédigé en groupe, avec les docteurs BOUCHEZ et GASPERINI ainsi que Cyril DROUOT pour l'apport sociologique dans la démarche de présentation des résultats et l'analyse de ceux-ci. Pour l'éclairage théorique j'ai été chargé de lire et synthétiser les références concernant les concepts d'acceptabilité sociale et du syndrome NIMBY (« Not In My Back Yard ») (cf références article).

Dans le cadre de ce travail de recherche personnel avec mise en commun secondaire, des choix de présentation des résultats ont dû être faits. Cependant, quelques spécificités propres aux patients et leurs représentations pourront être évoquées dans ce post ambule (Catégories des représentations patients en Annexes V).

Au fil des entretiens, j'ai pu constater que le médecin généraliste était perçu par les patients comme le premier acteur du soin, et que la qualité des relations humaines entretenues était au premier plan de leurs attentes.

La non connaissance du dispositif IPA était assez répandue parmi les patients participants. En effet, seuls les patients eux-mêmes anciens soignants ou proches de soignants, avait déjà entendu parler de ce dispositif. La plupart ont évoqué l'absence de communication ciblée vers les patients. Cependant, comme expliqué dans l'article, l'accueil du dispositif IPA de façon prospective, a été plutôt favorable chez les patients. Leur curiosité et leur enthousiasme étaient perceptibles tant dans le verbal que le non verbal. Aucun ne s'est complétement opposé à ce dispositif, même si la plupart n'a pas témoigné d'un besoin actuel d'IPA.

Lorsque les patients évoquaient leurs représentations de l'IPA, on pouvait scinder en deux groupes les participants : ceux qui avaient tendance à rattacher l'IPA au médecin généraliste

avec la notion de dépendance, et ceux qui y voyaient plutôt un gain d'autonomie pour les infirmiers actuels volontaires.
Les patients participants ont évoqué différents besoins en santé comme le soutien, la réassurance, la prévention, l'accompagnement dans la maladie et la compétence. Les patients envisageaient que l'IPA pourrait davantage couvrir ces besoins, bien qu'aucun n'ait verbalisé de manque important à l'heure actuelle.

Le recueil des représentations des patients avec la posture du chercheur m'aura permis de rencontrer ces acteurs de soin sous un statut différent de celui du soignant. A la manière d'un arroseur arrosé, j'ai pu – dans un temps qui n'était pas du soin – parler aux côtés du patient, recueillir ses opinions et ses attentes sur le soin.

Ce travail de recherche en équipe aura été un apport constructif dans la façon dont j'envisage ma pratique, au sein des différents acteurs en soin primaire.

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien I

I / Introduction (commune aux trois guides)

Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je me présente, Théo DARLOY, je suis étudiant à la faculté de médecine et je mène un travail sur « l'exercice d'infirmier en pratique avancée ».

Le but de ma recherche est de mieux connaître ce que pensent les patients des infirmiers en pratique avancée.

Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, je m'intéresse à votre avis et votre opinion selon votre expérience personnelle. Je suis ici pour écouter et comprendre. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez. Ce sont vos réponses qui m'intéressent, c'est vous l'expert de votre avis.

Cet entretien est confidentiel et anonymisé. Je l'enregistre puis je le taperai à l'ordinateur pour avoir un texte. Votre identité et vos coordonnées ne seront pas divulguées. Je supprimerai du texte tous les éléments qui pourraient aider à vous identifier.

Etes-vous d'accord dans ces conditions pour participer à cet entretien ?
Consentement écrit à signer + fiche d'information.

Nous pouvons stopper à tout moment si vous le souhaitez, pour n'importe quelle raison, si vous êtes mal à l'aise ou autre raison.

II / L'entretien

Mise en place du sujet de l'entretien :

- Connaissez-vous le projet d'infirmier en pratique avancée ?

➔ Si non : souhaitez-vous en savoir plus ? (Présentation IPA)

➔ Si oui : Quelles informations avez-vous eu ? Comment ?

Représentation du patient :

- Que représente pour vous un infirmier en pratique avancée ?

Relance : Comment décrieriez-vous le métier d'infirmier en pratique avancée ?

- Lorsqu'on évoque le terme d'IPA, citez 3 mots qui vous viennent à l'esprit :

Expérience personnelle avec infirmier :

- Avez-vous été en contact avec un(e) IDE ou infirmier en pratique avancée ?

➔ Si oui : racontez-moi cette expérience : IDE / IPA

- Imaginons que demain votre médecin traitant vous propose de consulter un infirmier en pratique avancée, quelle serait votre réaction ?

Attentes du patient :

- Quelles sont vos attentes vis à vis de l'IPA ?

Parlez-moi de vos acteurs de soin :

- Qui vous soigne ? Où êtes-vous soigné (dans quelle structure)?
- Etes-vous soigné par un(e) IDE ?
- Quelle place occuperait selon vous l'infirmier en pratique avancée ? (au sein de vos soignants)
- Pour quoi penseriez-vous consulter l'IPA ?

Parlons de vos besoins en terme de santé :

- Quels sont vos besoins ?
- Relance : De qui ou quoi avez-vous besoins ?
- Est-ce que l'IPA pourrait répondre à un besoin en particulier ?

Opinions par rapport au projet d'IPA :

- Que pensez-vous de ce projet ?
- Que pourrait vous apporter un infirmier en pratique avancée ?
- Quelle particularité aurait l'IPA ?
- Relance : Quels sont les points négatifs que vous identifiez ?

-
- Quels autres aspects auriez-vous aimé aborder ? (Ou : Avez-vous autre chose à me dire/exprimer à ce sujet ?)

Je vous remercie encore une fois de m'avoir accordé votre temps pour répondre à ces questions.

III / Caractéristiques de l'échantillon (communs aux trois guides)

Quand je vais présenter mon travail, il faut que je dise ce que j'ai compris mais aussi qui m'a donné cet éclairage. Je dois donc pouvoir donner une idée de qui sont les personnes que j'ai pu entendre :

Quel est votre âge ?
Comment décrieriez-vous votre lieu de vie ? (rural, semi-rural, urbain, semi-urbain)
Pour quelle pathologie êtes-vous suivi ? (indiquer l'ancienneté de la maladie)
Etes-vous suivi par votre généraliste exclusivement ? (indiquer si d'autres intervenants médicaux, et non médicaux dans le soin)
Dans quelle structure exerce votre médecin traitant ? (en maison ou centre de santé ? seul ?)
Etes-vous suivi de manière quotidienne par un infirmier libéral ?
Avez-vous déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique ? Ou faites-vous partie d'une association de patients ?
(Indiquer le genre du participant)

Annexe II : Guide d'entretien II

II / L'entretien (noter le non verbal, impressions personnelles)

Premier état des lieux :

Avez-vous déjà entendu le terme « infirmier en pratique avancée » ?
Relance : infirmier en pratique avancée ça vous dit quelque chose ?

➔ Si non : souhaitez-vous en savoir plus ? (Explication IPA : cf diapo ministère, j'expose qui ? pourquoi ? les études, le rôle) == si vous avez des questions un peu plus poussées je suis ok pour y répondre après l'entretien.
➔ Si oui : Quelles informations avez-vous eu ? Comment ?

Pourriez-vous d'abord me parler des personnes qui vous soignent ?
Si vous voulez bien me raconter qui vous soigne, où cela se passe

Représentation du patient :

- Est-ce que vous pouvez essayer de me décrire ce que vous imaginez de ce métier ? Relance : Que fait un infirmier de pratique avancé à votre avis ?
- Pourriez-vous me citer trois mots qui vous viennent en tête lorsqu'on évoque l'infirmier en pratique avancée ?

Expérience personnelle avec infirmier :

- Avez-vous été en contact avec un(e) IDE ou infirmier en pratique avancée ?
➔ Si oui : pouvez-vous me raconter cette expérience : IDE / IPA
- Imaginons que demain votre médecin traitant vous propose de consulter un infirmier en pratique avancée, quelle serait votre réaction ?

Attentes du patient :

- Quelles sont vos attentes vis à vis de l'IPA ?
  Relance : Que souhaitez-vous qu'il puisse faire pour vous ?
- Pour quoi penseriez-vous consulter l'IPA ?
  Relance : Dans quelle situation l'IPA pourrait-il répondre à votre demande ?

Parlons de vos besoins en terme de santé :

- Quels sont vos besoins ?

  Relance : De qui ou quoi avez-vous besoins ? (Toujours en terme de santé)
- Est-ce que l'IPA pourrait répondre à un de vos besoins en particulier ?

Opinions par rapport au projet d'IPA :

- Que pensez-vous de ce projet ?
- Quelle particularité aurait l'IPA ?
  Relance : Essayez de m'expliquer la/les différence(s) qu'il y a entre l'IPA et les autres professionnels de santé (IDE, médecins, pharmacien…)
- A votre avis, l'arrivée de ce nouveau métier, ça peut apporter des choses négatives ?
- Pourquoi est-ce que ce métier pourrait ne pas être une bonne chose pour les patients ?
- Avez-vous autre chose à me dire/exprimer à ce sujet ?

Je vous remercie encore une fois de m'avoir accordé votre temps pour répondre à ces questions.

Annexe III : Guide d'entretien III

II / L'entretien

(Relances évolutives selon les éléments de réponses immédiats et l'apparition de concepts émergents dans les entretiens précédents)

Racontez-moi qui vous soigne.

De quoi avez-vous besoin ?
Je parle ici des besoins pour votre santé.
Avez-vous des attentes dans le soin ?
Si oui, lesquelles ?
Avez-vous des besoins non couverts actuellement ?
Avez-vous déjà entendu parler des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) ?
Si oui, en avez-vous déjà rencontré ?

-Présentation du projet d'IPA à l'oral-

L'IPA : ça fait quoi ?
Quelles sont ses missions dans votre idée ?

Parlons de l'IPA pour vous.
Qu'y voyez-vous de bien ? de positif ?
Qu'y voyez-vous de moins bien ? de négatif ?

Je vous remercie encore une fois de m'avoir accordé votre temps pour répondre à ces questions

Annexe IV : TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Informateur (Alias)	Genre	Age (ans)	Lieu de vie	lieu Entretiens	Profession	Maladies	Ancienneté de la maladie (ans)	Mode d'exercice du MG	autres acteurs de soins	Soins IDE réguliers	Assocication de patients	Participation à un programme d'ETP	durée (min)
P_22	H	66-70	U	SA	Agent d'entretien retraité	HTA, diabète type 2, trouble de la mémoire	6	C2MG	Suivi MG exclusif	non	non	non	19
P_09	H	60-65	SR	SA	Electro mécanicien à la retraite	Coronaropathie	7	C2MG	Cardiologue	non	non	non	20
P_31	H	50-55	U	SA	Ambulancier	Hernie discale lombaire opérée, lombalgies chroniques	4	C3MG	Kinésithérapeute	non	non	non	31
P_67	F	46-50	U	SA	Agent de propreté	Psoriasis, Algodystrophie, dyslipidémie	10, 3	C1MG	Kinésithérapeute, pharmacien, orthopédiste	oui récemment	non	non	23
P_99	H	60-65	R	SA	Retraité	HTA, lombalgies chroniques	10	C2MG	Kinésithérapeute, ostéopathe	non (ponctuel)	non	non	24
P_17	F	46-50	U	SA	Cadre administratif	HTA, dyslipidémie	1	C2MG	Suivi MG exclusif	non	non	non	24
P_59	F	50-55	U	SA	Gérante salon coiffure	AVC, cancer du sein	5, 6	C3MG	Oncologues, chirurgiens, neurologues, cardiologues	non (ponctuel)	non	non	32
P_49	F	40-45	U	D	Agent immobilier, journaliste	Paralysie cérébrale	néonatal	C1MG	Naturopathe, acuponcteur, kinésithérapeute, spécialistes au CHU	non	oui	non	32
P_53	F	66-70	SR	D	Employée de banque retraitée	BPCO	15	C3MG	Pneumologue, kinésithérapeute, SAMU	non (ponctuel)	non	non	15
P_02	F	50-55	SR	D	Hôtesse de caisse	cancer du sein, neurosarcoidose, IDM	14 , 1, 6	C5MG	Cardiologue, interniste, kinésithérpeute	non (ponctuel)	non	non	23
P_61	H	60-65	SR	D	Négociateur matériaux retraité	cancer pulmonaire, coronaropathie, SAOS	10, 6, 11	C3MG	Cardiologue, pneumologue	non	non	oui (diététique)	26
P_04	F	20-25	U	C	études de management	Maladie de Crohn, spondylarthrite	2	C3MG	Gastro-entérologue, kinésithérapeute	non (ponctuel)	non	non	21
P_80	F	66-70	SR	D	Cadre IDE rettraitée	HTA, dyslipidémie, kyste pancréas, cataracte opérée	5	C2MG	Ophtalmologue, gastro-entérologue, radiologue, kinésithérapeute	non	non	non	21
P_52	F	80-85	U	D	Retraitée du prêt à porter	Aidante d'un patient souffrant de démence	2	C2MG	Suivi MG exclusif	non	non	non	18
P_26	F	50-55	R	T	Bibliothécaire	Maladie de Verneuil	7	C1MG	Chirurgien, dermatologue, naturopathe	oui	oui	non	45
TOTAL													MOY = 25

Date du premier entretien : 28 Février 2020
Date du dernier entretien : 18 Octobre 2020

Tableau des Caractéristiques des informateurs patients (P)

Légende : H : homme, F : femme, U : urbain, R : rural, SR : semi-rural, SA : salle annexe d'un cabient médical, D : domicile du patient, C : café, T : lieu de travail du patient, C2MG : Cabient de 2 MG, MG : médecin généraliste, IDE : infirmier diplômé d'état
HTA : hypertension artérielle, AVC : accident vasculaire cérébral, BPCO : bronchopathie chronique obstructive, IDM : infarctus du myocarde, SAOS : syndrome d'apnée obstructive du sommeil, ETP : éducation thérapeutique

NB : P_52 : entretien avec aidante d'un patient dément

Annexe V : Catégories des représentations Patients

- De façon prospective est constaté un accueil positif du dispositif IPA de la part des patients
- des interrogations sur l'aspect financier du dispositif IPA (coût,consultation,salaire)
- Des représentations sur l'IPA hétérogènes, qui se voit comparé aux MG et aux IDE
- le besoin d'IPA non ressenti à l'heure actuel mais pas exclu à l'avenir
- le champ d'action et de compétences de l'IPA encore mal appréhendé par le patient
- le dispositif IPA vu comme une réponse positive à certains enjeux de santé publique
- le dispositif IPA vu de manière générale comme une avancée pour les soignants et les soignés
- l'IPA vu comme un soignant plus proche du patient
- l'IPA vu comme un soignant satellite du généraliste
- Un manque d'information sur le dispositif IPA encore important à l'heure actuelle
- Une crainte que le dispositif IPA complexifie l'orgnisation actuelle du soin pour le patient
- une non connaissance du dispositif IPA à l'heure actuelle
- une place de l'IPA au sein des acteurs de soin encore floue

Annexe VI : FORMULAIRE DE SOUMISSION AU CERNI

Le CERNI examine les protocoles de recherche réalisés sous la responsabilité d'un chercheur ou d'un enseignant-chercheur titulaire rattaché à la communauté d'établissements d'Université Côte d'Azur

RESUME DU PROJET

Titre du projet :

Description des déterminants sociaux du terrain professionnel d'implémentation des infirmiers en pratique avancée dans le Var et les Alpes-Maritimes : étude qualitative prospective menée auprès des médecins généralistes, infirmiers libéraux, étudiants infirmiers en pratique avancée et patients en soins primaires.

Domaine scientifique et discipline :

Médecine, Médecine Générale.

Chercheur titulaire (1 seul) responsable scientifique du projet :

Dr BOUCHEZ Tiphanie, enseignante-chercheuse, chercheuse à l'URE RETINES (UCA), Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, Université Nice Sophia Antipolis- Faculté de Médecine Nice

Autres chercheurs participant au projet :

Dr GASPERINI Fabrice, maître de conférences associé Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, Dr POUILLON Maud, chef de clinique universitaire Université Nice Sophia Antipolis- Faculté de Médecine, Nice

Cyril Drouot, chercheur dans l'équipe de recherche URE TRANSITIONS (UCA)

Lieu(x) de recherche où l'étude va être conduite :

L'étude va être conduite dans le Var et les Alpes-Maritimes.

Objectif principal (5 lignes max.) :

L'objectif principal de cette étude qualitative prospective est d'explorer les représentations sur l'exercice d'infirmier en pratique avancée auprès de différents acteurs : patients, médecins généralistes, infirmiers libéraux et étudiants infirmiers en pratique avancée, afin d'examiner le

phénomène d'implantation du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée en soins primaires dans le Var et les Alpes-Maritimes.

Je prends connaissance du fait que l'avis rendu par le CERNI ne concerne que le projet de recherche présenté dans ce document.

Date : 4 Juillet 2020
Signature numérisée du responsable scientifique

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

1. DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROJET *(2 à 4 pages maximum)*

Contexte et intérêt scientifiques

Les soins primaires sont un levier démontré de la qualité, de l'efficience et de l'équité des soins. En France les modes d'organisation des soins primaires évoluent depuis XX vers plus de coopération interprofessionnelle et le législateur investit dans le financement de nouvelles missions et de nouveaux métiers. Les maisons de santé, les infirmiers de santé publique, les assistants médicaux, les communautés professionnelles territoriales de santé sont autant de nouveaux outils implantés et testés sur les territoires. Le Ministère des Solidarités et de la Santé a prévu au travers de quatre décrets et six arrêtés la mise en place d'un nouveau métier en santé visant à améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité du parcours de soins du patient (c'est-à-dire que le patient puisse se trouver au bon endroit au bon moment en face du bon professionnel de santé en lien avec sa demande, son problème de santé) en réduisant la charge de travail des médecins sur des maladies ciblées : Infirmiers en Pratique Avancée (« IPA »). Ce nouveau métier, qui demandera deux années supplémentaires d'étude, pourra être visé par des infirmiers déjà en poste. Ils auront la possibilité de travailler aux côtés de médecins généralistes en soins primaires. Domaine qui nous intéresse dans l'étude. Ils pourront réaliser plusieurs « tâches », en effet, ils pourront prendre en charge certains patients, pour des problèmes de santé précis, comme le suivi régulier des maladies dites « chroniques », qui ne guérissent pas, mais dont le but est de ralentir la progression ou les complications (comme le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque par exemple). Ils s'occuperont donc de patients qui habituellement voient leur médecin généraliste pour leur(s) maladie(s). Cette profession va donc être un nouveau maillon de la chaîne qu'on appelle « le parcours de soins du patient », à la fois pour le médecin, les infirmiers en pratique avancée et le patient. L'accord du patient sera nécessaire pour consulter l'infirmier en pratique avancée.

Nous connaissons déjà la manière dont se déroule la collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers en pratique avancée, et entre infirmiers diplômés d'état et infirmiers en pratique avancée dans les autres pays, notamment au Canada. Nous avons pu observer également comment collaboraient en France, les médecins généralistes et les infirmiers Asalées (association « Action de santé libérale en équipe » depuis 2004) au travers notamment de l'étude IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) 2019 « Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins ».Ce nouveau métier d'infirmier en pratique avancée a donc démontré son utilité dans d'autres pays, son bon fonctionnement et son articulation cohérente avec les autres acteurs du système de santé. Les bénéfices ont donc été montrés au Canada par le Rapport n° 532 de l'IRDES partie 2 avec notamment une baisse du nombre d'hospitalisation, une qualité de suivi améliorée et une diminution du nombre de décès. Les infirmières dans ce pays bénéficiaient d'une plus grande autonomie, les rendant plus motivées et satisfaites.

Connaître les représentations d'une population sur une autre, dans le cas où les deux interagissent entre eux, peut aider à améliorer cette relation, du moins comprendre les attentes d'un côté vis à vis de l'autre. Décrire et comprendre les représentations qu'ont les différents acteurs mis en jeu par ce changement semble donc utile pour faciliter l'implantation de cette intervention organisationnelle nouvelle qui semble prometteuse.

Objectifs

L'objectif est de décrire les représentations des patients, médecins généralistes, étudiants infirmiers en pratique avancée et infirmiers en soins primaires au sujet du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée, et de proposer une compréhension du phénomène, au travers d'une étude qualitative prospective.

Hypothèses générales

En recherche qualitative, la posture du chercheur cherche à se distancier du positivisme d'une hypothèse. Le postulat du travail ici sont des données probantes en faveur du rôle du métier d'infirmier en pratique avancée pour les soins primaires. L'hypothèse est celle que les acteurs ont des représentations variées de ce nouveau métier, ancrées dans leur vécu de professionnel de santé ou de patient, dans l'historique des relations sociales interprofessionnelles et des parcours de soins en France.

Conflits d'intérêts

Les étudiants en santé et les encadrants n'ont pas de conflits d'intérêt sur ce sujet. Concernant les liens d'intérêt : parmi les encadrants, l'un est enseignant du master IPA à l'Université Côte d'Azur et l'une préside une association pour recherche sur les nouveaux modes d'organisation. Trois des encadrants exercent en maison de santé. Tous les membres de l'équipe de recherche sauf un sont médecins généralistes ou étudiants en médecine.

2. MATERIEL ET METHODES

A. Participants

Nombre exact de participants ou « fourchette » approximative et critères utilisés pour fixer ce nombre :

La taille de l'échantillon est fixée en cours d'analyse pour la méthode inductive choisie (cf paragraphe ci-après). La fin des inclusions est décidée lorsque la saturation des concepts extraits des données est atteinte. Cette saturation est décidée par consensus dans l'équipe de recherche. L'échantillon est raisonné, c'est-à-dire choisi sans aléa et au contraire volontairement. Ici l'échantillon est en recherche de variation maximale a priori, et adapté en cours d'analyse aux besoins d'explorations des concepts émergents. Pour permettre la variation maximale des profils de personnes rencontrées, des caractéristiques pouvant influer leurs représentations sont définies a priori et on les appellera « caractéristiques de variation ».

Recrutement :

Les modes et lieux de recrutement seront :

NB : Le recrutement s'effectue dans les Alpes-Maritimes et le Var pour l'ensemble des participants

- Pour les patients :

  La publicité de l'étude sera assurée par la diffusion d'un document d'information et appel à participation (cf annexe) par différents leviers pertinents relativement aux populations cibles. Des médecins généralistes et infirmiers seront sollicités par mail ou téléphone pour diffusion d'un document papier dans les lieux de soins à leurs patients ciblés par l'étude. Leur identification et le recueil de leurs coordonnées se feront à la fois via les pages jaunes et via une méthode de boule de neige à partir de personnes identifiées dans l'entourage des chercheurs. Les réseaux sociaux seront également utilisés : associations de patients (Fédération française des diabétiques), groupe de médecins. Il n'y aura pas de lieux physiques de recrutement par les investigateurs. Le numéro de téléphone d'un secrétariat médical sera joint au document d'information, afin que les volontaires puissent joindre l'investigateur indirectement pour fixer une date d'entretien.

- Pour les médecins généralistes :

  La prise de contact avec les médecins généralistes se fera directement par téléphone ou à défaut par mail. Le lieu de recrutement sera le cabinet médical respectif des différents médecins généralistes sélectionnés dans un objectif d'échantillon à variation maximale.

- Pour les infirmiers diplômés d'état :

  La prise de contact avec les IDE libéraux se fera par téléphone ou visite au cabinet après identification et recueil sur les pages jaunes et via une méthode de boule de neige à partir des premiers participants. Le lieu de recrutement sera le cabinet respectif de chaque IDE rencontré ou contacté, ou le domicile de l'IDE.

- Pour les étudiants infirmiers en pratique avancée :

  Le recrutement des étudiants infirmiers en pratique avancée sera assuré par un document d'information et appel à participation diffusé sur des réseaux sociaux (groupe Facebook dédié) ou par mail. Des personnes identifiées dans l'entourage des chercheurs seront contactées par téléphone. Le recueil des coordonnées se fera via une méthode de boule de neige à partir des premiers participants. Il n'y aura pas de lieux physiques de recrutement par les investigateurs.

Les critères d'inclusion, de non inclusion et les caractéristiques de variation seront :

NB : Les participants doivent résider, exercer ou étudier dans les Alpes-Maritimes ou le Var. Nous cherchons à recruter des participants du Var et des Alpes-Maritimes mais si l'échantillonnage par boule de neige nous amenait vers un sujet intéressant à rencontrer aux limites de ce territoire, alors ce sujet serait inclus (notamment pour Monaco). Concernant les étudiants IPA seront inclus les étudiants inscrits à UCA, peu importe leur lieu de résidence.

- Pour les patients :

  - Inclusion : adulte, patient atteinte d'une maladie chronique ciblée par le champ de compétence réglementaire des IPA telle que diabète, AVC,

artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronarienne, insuffisance respiratoire chronique, Parkinson, Epilepsie, Alzheimer et démences, maladie en santé mentale, patient mineur (avec autorisation parentale (et consentement signé par le participant pour les mineurs de plus de 15 ans) et présence parentale lors de l'entretien). Pour les patients ne pouvant donner un consentement ou n'étant pas apte à répondre (Alzheimer et démences, maladie en santé mentale, ou impossibilité d'écrire ou de parler après un AVC, certains patients mineurs) l'inclusion sera celle des aidants, et les entretiens seront menés en présence des deux parties, après recueil du consentement de la personne de confiance si elle a été désignée au préalable.

  - Non inclusion : patient ayant une barrière de la langue en français ne permettant pas la tenue des entretiens, patient ne délivrant pas son consentement pour participer,
  - Critères de variation : âge, genre, lieu de vie (rural, semi-rural, urbain, semi-urbain), classe sociale et niveau de littératie en santé, ancienneté de la maladie, suivi généraliste exclusif, suivi par un infirmier de santé publique, suivi quotidien par un infirmier, médecin traitant exerçant en maison ou centre de santé, participation passée à un programme d'éducation thérapeutique.

- Pour les médecins généralistes :
  - Inclusion : Médecins généralistes thésés exerçant en libéral.
  - Non inclusion : Médecins généralistes non thésés ou non installés, ou exerçant en centre de santé (peu prévalent en PACA et organisation différente du cabinet), médecins généralistes ne délivrant pas son consentement pour participer.
  - Critères de variation : âge, genre, type d'activité (urbain, rural, semi urbain et semi rural), mode d'exercice (SCM,MSP,SCI, seul), exercice mixte (salarié et libéral), informatisation du cabinet, secrétariat médical sur place, nombre d'année de pratique, ancienneté d'installation, installations antérieures (et postes antérieurs, par exemple aux urgences), jours exercés par semaine, Maître de stage universitaire, travail avec IDE Asalées, membre d'un syndicat, exercice avec le programme Sophia de l'assurance maladie (pour les maladies chroniques), proportion de patients en ALD
- Pour les infirmiers diplômés d'état :
  - Inclusion : IDE exerçant en libéral
  - Non inclusion : IDE ne délivrant pas son consentement pour participer, exerçant en centre de santé (peu prévalent en PACA)
  - Critères de variation : âge, genre, type d'activité (urbain, semi-urbain, rural, semi-urbain), mode d'exercice (SCM, MSP, SCI, seul), travail avec autres IDE/ médecins, exercice mixte (salarié et libéral), ancienneté d'installation, spécificité d'exercice identifiée par IDE selon le lieu/ la population, ou spécificités de formations de l'IDE, nombre d'années de pratique, ancienneté d'installation, installations antérieures (et postes antérieurs, par exemple aux urgences), jours exercés par semaine, maison de santé, IDE Asalées, cabinet informatisé, secrétariat sur place, formation à l'ETP (éducation thérapeutique de patient), proportion de patient en ALD ou âgés de plus de 65 ans et CMU, appartenance à un syndicat professionnel.

- Pour les étudiants infirmiers en pratique avancée :
    - Inclusion : Etudiant infirmier en pratique avancée mention « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » inscrits à l'UFR Nice Sophia Antipolis ou ayant obtenu un diplôme d'état d'IPA mention « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » à l'UFR Nice Sophia Antipolis.
    - Non inclusion : Etudiant infirmier en pratique avancée ne délivrant pas son consentement pour participer.

Critères de variation : âge, genre, lieu d'exercice en tant qu'IDE (rural, semi-rural, urbain, semi-urbain), ancienneté d'exercice en tant qu'IDE (et si exercice en milieu hospitalier par le passé), année de formation d'IPA (première ou deuxième année), mode d'exercice en tant qu'IDE (IDE Asalées ?), formations complémentaires, diplômes de grade Master, carrière universitaire envisagée ou pas

Indemnisation éventuelle des participants :

Aucune

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

B. Méthode

Description du protocole :
Étude qualitative prospective par entretiens (d'une durée approximative de vingt à trente minutes). La posture méthodologique est celle de la théorisation ancrée : elle est ciblée sur l'étude des interactions sociales et donc adaptée à cette étude multifacétaire d'un phénomène sociologique en santé. C'est une méthode inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain. Les entretiens seront individuels et/ou collectifs selon les opportunités et les besoins exploratoires. Ils seront menés face à face ou par visioconférence à l'aide d'un guide d'entretien par type de participant (patient, médecin, infirmier, infirmier en pratique avancée). Le guide sera évolutif en fonction des concepts émergents (guide n°1 en annexe). Pour limiter le biais d'investigation, les idées préconçues des chercheurs seront explorées et identifiées en début de travail par une méthode de micro-analyse. Les données de caractéristiques individuelles seront recueillies lors des entretiens par l'investigateur, transcrites dans un tableau et anonymisées. Un tableau de concordance (qui comportera la tranche d'âge du participant) entre l'identité de la personne participant à la recherche et son alias sera édité et stocké hors ligne, à part des données analysées. Le tableau sera stocké sur l'ordinateur de chaque étudiant pendant le processus du recueil des données, puis sur un ordinateur du DERMG une fois le recrutement terminé. La transcription de chaque entretien aura lieu dans les 8 jours suivants l'entretien. Les transcrits (tout comme les journaux de bord – cf plus bas) seront désidentifiées immédiatement après la transcription intégrale : une version sera conservée pendant le temps de l'analyse sur l'ordinateur portable de l'étudiant, et une copie conservée au DERMG pour ne pas perdre de données en cas de perte des données sur le support de l'étudiant. Ainsi les données audio et vidéo pourront être supprimées dès que le transcrit désidentifié sera stocké au DERMG. Les transcriptions désidentifiées seront supprimées de l'ordinateur de l'étudiant dès la thèse soutenue. Des données du processus de recherche seront consignées dans des journaux de bord par chaque chercheur. Il peut s'agir de notes opérationnelles, d'observation de terrain, de codage et de théorisation, mais pas de noms, ces données seront des données exclusivement pseudonymisées.

Matériel utilisé :

Utilisation de dictaphones (exemple marque Olympus) et de smartphones pour l'enregistrement audio des entretiens, et caméra pour l'enregistrement vidéo des entretiens (la vidéo permet la retranscription des éléments non verbaux de la communication, la personne rencontrée peut s'y opposer), et utilisation d'application comme « dictaphone » sur Iphone 8 ou HD Audio Recorder sur téléphone LG G6. Les documents audio et vidéo sont détruits après transcription.

Lieu ou l'étude va être conduite :

L'étude va être conduite dans le Var et les Alpes-Maritimes. Les lieux de recherche seront laissés au choix des personnes rencontrées et pourront donc être : des cabinets de professionnels de santé, à domicile si au choix du participant, ou justifié par les besoins de l'étude, ou tout lieu de leur choix permettant de bonnes conditions d'entretien (peu probablement un lieu public), voire par visioconférence (Zoom ou Skype) pour certains professionnels de santé.
Calendrier des évaluations ou observations :

Le recueil des données débutera dès accord éthique et enregistrement réglementaire par le délégué à la protection des données de l'université. Il s'arrêtera à une date non connue dépendante de la définition de la saturation des données.

Durée de l'étude :

3 à 6 mois, de façon empirique et pragmatique.

Analyse des données :

Transcription des entretiens en format texte verbatim (mot à mot) à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Word ou autre), en y incluant le non verbal (postures, mimiques). Puis les données sont analysées de façon inductive avec un codage primaire puis axial et enfin une théorisation du phénomène. Le biais d'interprétation sera minoré par une analyse en aveugle par un deuxième chercheur pour un tiers des entretiens, suivi d'une séance de comparaison des codes et de consensus avec un chercheur sénior. Le logiciel d'aide à l'analyse de contenu sera NVivo 11 Plus. Une relecture de l'entretien transcrit sera proposée à chaque participant sur la base du volontariat, ceci afin d'accroitre l'authenticité de la transcription. Soit le participant accepte, le document lui est envoyé par la méthode d'envoi de son choix : courriel ou voie postale, et il retourne le document au chercheur concerné, soit le participant ne souhaite pas relire tout en acceptant l'analyse secondaire. Si, suite à la relecture, le participant invalide l'entretien, alors le document sera automatiquement détruit.

C. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour la santé physique et mentale et la vie sociale

1- Le bénéfice attendu est celui d'une meilleure compréhension du tissu socioprofessionnel d'implémentation d'une nouvelle profession de soins primaires améliorant probablement la qualité de soins.

2- Répondre par **oui ou non** dans la case correspondante :

NON	Votre protocole utilise-t-il une mise en scène expérimentale destinée à dissimuler une partie de l'objectif ou de la méthode utilisée aux participants ou de faire croire à d'autres objectifs ou d'autres méthodes **?** *Si oui, ce dossier doit présenter une description de la mise en scène utilisée et une explication de la façon de la dévoiler aux participants à la fin de l'étude et de leur préciser les véritables objectifs de l'étude. En outre, vous devez amener des arguments montrant que la dissimulation de certains aspects du protocole est indispensable au regard des objectifs*
OUI (1)	Questions ou situations pouvant mettre les participants mal à l'aise ?
NON	Matériaux considérés par le participant comme menaçants, choquants, répugnants ?
OUI (2)	Possibilité d'atteinte à la vie privée du participant, de sa famille, incluant l'utilisation d'informations personnelles ?
NON	Utilisation de stimuli physiques (auditifs, visuels, haptiques, etc.) autres que des stimuli associés à des activités normales ?
NON	Privation de besoins physiologiques (boire, manger, dormir, etc.)
NON	Manipulation de paramètres psychologiques ou sociaux comme la privation sensorielle, l'isolement social ou le stress psychologique ?
NON	Efforts physiques au-delà du niveau considéré comme modéré pour le participant ?
NON	Exposition à des drogues, produits chimiques ou agents potentiellement toxiques ?

Prévenir ces risques :

- Présenter au participant le but de l'étude tout en expliquant que le plus important pour l'étude est de connaître ses représentations et qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, lui rappeler en début d'entretien que les transcriptions seront désidentifiées.

Rappeler au participant qu'une pause et un arrêt de l'enregistrement sont possibles à tout moment et qu'il n'y a pas de temps imparti.

(1)
(2) - Signature d'un consentement. La possibilité que le participant évoque des éléments pouvant l'identifier durant l'entretien existe, une explication sera donnée quant à la suppression de ces éléments.

Autres risques éventuels liés à l'étude :
Néant.

D. Vigilance/ Arrêt prématuré de l'étude

Critères d'arrêt de l'étude pour un participant

Participant qui retire son consentement de participation à l'étude pendant ou après le recueil des données.
Participant souhaitant arrêter prématurément l'entretien.

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

3. TRAITEMENT DES DONNEES – RESPECT DE LA VIE PRIVEE DU PARTICIPANT

A. Confidentialité

Procédé d'anonymisation

Lors du recueil des caractéristiques du patient (âge, genre, profession, pathologies chroniques, lieu de vie : rural, semi-rural, urbain ou semi-urbain, proche ou éloigné d'un hôpital), le nom, le prénom et la date de naissance seront recueillis mais seront utilisés dans le tableau de concordance, et non dans les tableaux publiés des caractéristiques d'échantillon. Une nomenclature pour l'anonymisation sera utilisée (détail : premières lettres du type de participant « médecin généraliste MG, patient P, IDE ou IPA, puis « _ », suivi du genre H ou F (sauf pour l'échantillon « étudiants IPA ») puis un « . » et en dernier caractère un numéro donné aléatoirement via le générateur de valeurs aléatoires d'Excel). Lors de la transcription des entretiens audio, tout élément pouvant identifier le participant sera désidentifier. Les enregistrements vidéo permettront au transcripteur d'inclure dans le texte les éléments non verbaux, pour ajouter de la valeur à l'analyse qualitative et son interprétation. Les enregistrements seront momentanément stoppés lorsque des données sensibles (ex. médicales personnelles) seront évoquées.

Les données audio et vidéo seront supprimées dès que le transcrit désidentifié sera stocké au DERMG.

Si certaines caractéristiques du participant apparaissent comme marginales, excluantes voire facilitant l'identification, elles seront supprimées lors du processus de désidentification de l'entretien (cette remarque peut préférentiellement concerner l'échantillon "étudiants IPA", les étudiants de la promotion se connaissant et étant peu nombreux, pour cet échantillon le genre n'apparaitra pas).

Personnes ayant accès aux données

L'investigateur principal de chaque volet de l'étude aura accès aux données audio et vidéo de son sous-échantillon, ainsi que les encadrants pour superviser et améliorer les techniques d'entretien. L'ensemble de l'équipe aura accès aux transcrits désidentifiés pour l'analyse collective. Des parties courtes des transcrits pourront être utilisés pour des présentations orales ou écrites dans une démarche de valorisation scientifique et de transfert de connaissance.

B. Archivage

Type de données archivées (préciser si données identifiables, directement ou par recoupement) :

Tableaux de concordance, transcrits désidentifiés et journaux de bord remplis par chaque chercheur (anonymisés)

Durée de l'archivage :
5 ans

Lieu de l'archivage :

Une copie des transcrits désidentifiés sera conservée au DERMG. Le tableau de concordance (le nom des participants rattaché à leur alias, afin qu'on puisse retrouver les données d'un participant qui souhaiterait les supprimer) sera stocké sur clé USB au DERMG, les journaux de bord (dont le format papier sera numérisé) seront archivés et stockés sur la même clé USB, dans une armoire fermée à clé au DERMG.

Personne responsable de l'archivage :

Dr BOUCHEZ Tiphanie, enseignante-chercheuse, chercheuse à l'URE RETINES (UCA), Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, Université Nice Sophia Antipolis- Faculté de Médecine Nice

Possibilité de destruction à la demande du participant *(voir cas de figure section 4)* :

Oui (cas N°2)

4. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE INCLUANT L'INFORMATION A DONNER AUX PARTICIPANTS

Précisions sur l'information donnée aux participants :

Tout participant présélectionné sera préalablement informé par le responsable scientifique des objectifs de l'étude, de sa méthodologie, de sa durée, de ses contraintes et des risques prévisibles. Un résumé des renseignements donnés par le responsable scientifique sera fourni dans le formulaire de consentement (Annexe n°1 un document par thèse/public des entretiens).

Précisez ici la façon dont sera recueilli le consentement éclairé :

Le consentement éclairé sera recueilli en début d'entretien : soit le participant aura obtenu les documents nécessaires à l'explication de l'étude et la signature au préalable, soit le chercheur lui apportera ces informations en début d'entretien.

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

ANNEXE 1 – NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre du projet : (Thèse d'exercice en médecine générale)

Description des déterminants sociaux du terrain professionnel d'implémentation des infirmiers en pratique avancée dans le Var et les Alpes-Maritimes : étude qualitative prospective menée auprès des médecins généralistes, infirmiers libéraux, étudiants infirmiers en pratique avancée et patients en soins primaires.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :

Dr Bouchez Tiphanie

Lieu de recherche :

Var et Alpes-Maritimes

But du projet de recherche :

Nous cherchons à comprendre ce que pensent les patients malades chroniques du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie)

Nous souhaiterions vous rencontrer pour un entretien d'une vingtaine de minutes. Nous discuterons ensemble de ce que vous pensez ou vous imaginez de ce métier. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, c'est vraiment votre avis, vos idées qui nous intéressent. L'entretien aura lieu où vous le souhaitez (y compris votre domicile si vous préférez). L'entretien sera enregistré par dictaphone, et filmé si vous êtes d'accord uniquement. Nos échanges seront ensuite tapés à l'ordinateur, en enlevant tout ce qui peut vous identifier, et les bandes son et vidéo seront détruites. C'est à partir de ce texte que notre équipe va mener son travail d'analyse.

NB : Ce travail de recherche ne signifie pas que dans un futur proche votre médecin traitant collaborera forcément avec un infirmier en pratique avancée.

Vos droits de vous retirer de la recherche à tout moment

1/ Votre contribution à cette recherche est volontaire

2/ Vous pourrez vous en retirer ou cesser votre participation en tout temps

3/ Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser votre participation n'aura aucune incidence sur votre prise en charge par votre médecin.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée

1/ Les données obtenues seront traitées avec la plus entière confidentialité

2/ Votre identité ne sera pas divulguée, et sera remplacée par un « alias » (détail : premières lettres du type de participant « médecin généraliste MG, patient P, IDE ou IPA, puis « _ », puis un numéro donné aléatoirement)

3/ Aucun autre renseignement qui puisse révéler votre identité ne sera dévoilé

4/ Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls le responsable scientifique et les chercheurs adjoints y auront accès.

5/ Il vous sera possible de demander rectification de vos données, ou leur destruction immédiate.

6/ Nous vous proposerons de vous envoyer le texte de notre entretien pour que vous puissiez le valider si vous le souhaitez. La méthode d'envoi sera celle de votre préférence : courriel ou voie postale. Si vous ne souhaitez pas effectuer votre propre relecture et que vous donnez votre accord pour l'analyse immédiate, votre entretien sera analysé comme expliqué initialement. Si après relecture vous souhaitez invalider l'entretien, le document sera automatiquement détruit.

Bénéfices

Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure connaissance des représentations qu'ont les patients sur la nouvelle profession d'infirmier en pratique avancée. Une meilleure connaissance de ces représentations pourra contribuer à améliorer la collaboration entre médecins et infirmiers en pratique avancée en partenariat avec le patient, s'il le souhaite, améliorant ainsi, lorsque c'est nécessaire la relation avec le patient et ses proches.

Risques possibles

Possibilité de se sentir mal à l'aise à la suite de questions posées par l'investigateur, auquel cas une pause voire un arrêt de l'entretien peuvent être demandés.

Diffusion

Ce travail ne pourra porter ses fruits que si ses conclusions sont portées à la connaissance de la communauté scientifique, des professionnels de santé, des enseignants en santé et des patients. L'équipe s'engage donc à publier ses conclusions. Les communications ou articles concernant ce travail pourront comporter des morceaux de texte anonymisés pour illustrer la réalité recueillie sur le terrain. Le ou les documents publiés auxquels vous aurez contribué vous seront accessibles, si vous le souhaitez.

Vos droits de poser des questions en tout temps

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique à l'adresse suivante

Consentement à la participation

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que vous avez obtenu des réponses satisfaisantes à vos questions et que vous avez été avisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.
Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

A remplir par le participant :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Nom, Prénom – Date – Signature

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Comité d'Ethique pour les Recherches Non Interventionnelles

(CERNI)

AVIS n° 2020-72

Le CERNI, après en avoir délibéré, émet un **avis favorable** au Projet intitulé :
« Description des déterminants sociaux du terrain professionnel d'implémentation des infirmiers en pratique avancée dans le Var et les Alpes-Maritimes : étude qualitative prospective menée auprès des médecins généralistes, infirmiers libéraux, étudiants infirmiers en pratique avancée et patients en soins primaires. »

Responsable scientifique : Dr Tiphanie BOUCHEZ

Il est rappelé que le présent avis est délivré sans être exclusif des éventuelles démarches visant à la protection des données personnelles à réaliser en interne auprès du délégué à la protection des données (DPO) de référence.

Fait pour valoir ce que de droit à Nice, le 23 octobre 2020.

Prof. Doct. Yves STRICKLER
Référent éthique et intégrité scientifique
*Président du CERNI (*Comité éthique pour les recherches non interventionnelles*)*

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.