



HAL
open science

**Soins infirmiers en pratique avancée : représentations
des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires :
entretiens avec 14 médecins généralistes en région
Provence Alpes Côte d'Azur (PACA)**

Matthieu Aghnatios

► **To cite this version:**

Matthieu Aghnatios. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires : entretiens avec 14 médecins généralistes en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03280586

HAL Id: dumas-03280586

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280586v1>

Submitted on 7 Jul 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'État de Docteur en Médecine

**SOINS INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE : REPRÉSENTATIONS
DES ACTEURS DE CE NOUVEAU DISPOSITIF EN SOINS
PRIMAIRES.
ENTRETIENS AVEC 14 MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN RÉGION
PACA.**

Présentée et soutenue le 17/12/2020,

À la faculté de Médecine de Nice

Par **Matthieu AGHNATIOS**

Né le 21/01/1991, à CASTRES (81)

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



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



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 | ICHAÏ Carole | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | LACOUR Jean-Philippe | Dermato-Vénérologie (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 | Hépatogastro-entérologie (52.01) |



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-Vénérologie (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) |



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 | Ophthalmologie (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-VANDEBOS 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) |



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 | Bactériologie-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) |



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)



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. DAR COURT 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. HOF LIGER 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



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 Tiphonie 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.

Je souhaite remercier toute ma famille !

Merci à mes parents !

Vous qui avez été et qui êtes toujours présents pour me soutenir dans les bons comme les mauvais moments. Merci d'avoir tout fait pour que j'en sois arrivé là aujourd'hui. Merci pour tous vos sacrifices. Merci à Maman pour tout ton soutien et tous tes plats préparés avec amour en P1, et même après ! Merci à Papa de m'avoir accompagné dans ma vocation avec ton amour paternel. Je vous aime fort.

Merci à mes frères !

À Thibaut, mon acolyte depuis toujours. Tu es toujours là quand j'ai besoin de toi, notamment quand j'ai un souci avec Internet, ou un logiciel ou encore l'imprimante. Merci aussi pour ces moments passés durant la colocation à Toulouse. Vive Hunter-X-Hunter !

À Lucas, mon autre acolyte, merci pour ton aide, je sais que je peux compter sur toi. Merci pour notre grande colocation à Toulouse, mais aussi pour les moments plus jeunes. Merci aussi pour nos entrainements à BasicFit (lorsqu'on n'est pas dérangé par des coups de fil « accidentel »).

À toi Paul, aussi mon autre acolyte. Merci pour ta patience et ta compréhension surtout ces derniers mois, quand je n'avais pas beaucoup de temps à t'accorder à cause de mon travail de thèse ! Mais à partir de maintenant, je trouverai du temps pour toi c'est promis (pour la musculation, pour les jeux !).

Merci à toi Marie, ma sœur, pour la douceur que tu apportes dans la famille, pour ton soutien. Merci pour la « fameuse » baguette de pain :D. Tu restes et resteras ma super sœurette ! Je t'aime fort.

Merci toute ma fratrie, pour tous ces moments que l'on a passé ensemble toutes ces années.

J'ai de grandes pensées à mes grands-parents pour qui j'ai une grande reconnaissance,

Ils ont toujours été un exemple et un soutien dans ma vie. Je pense fort à eux et notamment ma prière qui va à Jedo Fares.

Merci à ma belle-famille,

Vitaliy et Marina, merci de maintenant faire partie de ma famille. Merci Vitaliy, pour nos séances de sport et de bricolage. Merci Marina pour ta gentillesse et tes super repas.

À Maria, ma nouvelle sœur, merci pour nos discussions sur les mangas et tous ces moments partagés où l'on a bien rigolé. Vive les Mojito et la musique ! Vive Sim et Baguira !

Et merci à vous trois pour la magnifique randonnée épique qu'il faudra refaire.

À Elena, Sacha et Alice qui ont rejoints notre famille et avec qui on a eu de très belles discussions. Notamment Sacha avec nos discussions d'homme à homme et Elena avec nos discussions sur la médecine.

À Régina et Mickael, qui m'ont littéralement adopté dans leur famille et avec qui j'ai pu découvrir la médecine dans un autre pays. Merci aussi à Valentina et Mickael pour leur chaleureux accueil. J'ai hâte de les revoir !

Merci à ma famille du Liban,

Merci à mon super oncle, Najem ! Depuis tout petit, il s'est occupé de moi et j'ai grandi sous son exemple. Que de souvenirs avec toi ! Merci à sa très belle femme Wafaa qui s'occupe de nous et nous accueille chaleureusement à chaque voyage au Liban. Merci aux 3 sœurs : Anna-Maria, Céléna et Ivana, les petites merveilles du Liban qui nous organisent de magnifiques concerts chaque fois que nous nous réunissons.

Merci à oncle Tony et tante Norma, qui m'ont fait l'énorme surprise de venir à mon mariage. Depuis petits, nous vous en avons fait voir des bêtises, et des belles ! N'est-ce pas Elie et Tonia ? Qu'est-ce que je vous aime, vous avec qui j'ai passé de si belles vacances et avec qui nous avons fait les fous au Liban. Merci à toi aussi Elsa. Bon, tu fais partie de la « team » de Marie et des autres Cousines (Rita et Maria). Mais ce n'est pas grave, je ne t'en veux pas !
Hihhi

Je suis heureux d'avoir pu fêter mon mariage avec vous tous et j'espère qu'on pourra très vite se voir, au Liban ou ailleurs. Je vous aime fort.

Merci à toi aussi tante Magui, car tu es une personne exceptionnelle, remplie d'amour. Tu t'occupes de Jedo Youssef et de toute la famille. Je t'aime beaucoup.

Merci à tous mes autres oncles et tantes : tante Vola et Khalo Nabil, merci de tout votre amour. Merci à oncle Jean, oncle Gabi, tante Marie. J'ai hâte de vous voir.

Merci à oncle Ignace, mon parrain, qui est venu de loin, du Canada, pour mon mariage. Quelle distance ! J'ai été touché par ta présence à mon mariage et j'embrasse toute la famille au Canada.

Merci à mes amis d'enfance,

Jean-Baptiste, mon ami, quelle joie de te voir, toi aussi, heureux dans ta voie. Quelle belle vocation, on se reverra très vite.

Sylvain et Romain, merci pour tous ces moments passés ensemble, que ce soit au collège ou au lycée, à jouer aux jeux de société ou à discuter de tout. Ces moments se répèteront, j'en suis sûr !

Remi et Florian, merci pour le temps passé ensemble avec de franches rigolades.

À mes partenaires de P1 :

Merci à Etienne, Guillaume, Martin, pour l'entraide en P1 mais aussi pour les fameux trajets en voiture durant lesquels on pouvait bien décompresser.

À mes co-internes :

Merci à Pascaline, ma cointerne de pédiatrie. Tu es une belle personne au grand cœur et avec de magnifiques valeurs. Je suis heureux que nos chemins se soient croisés pour se transformer en une belle amitié.

Merci à mes fameux colocs et amis, Sarah et Nathan. Que de souvenirs mais il vaut mieux les garder entre nous pour une soirée entre amis. Merci pour tous ces moments passés ensemble ! Sarah, on risque de travailler ensemble vu tes nouveaux grades en médecine ;).

Merci à Aviva, pour toutes nos belles discussions.

À mes amis de la bougie :

Sabrina, Thibault et Valentine, merci pour tous les bons moments passés en votre charmante compagnie (dont de magnifiques repas). Merci aussi pour vos conseils (notamment la préparation au mariage), merci pour cette belle amitié. Prenez soin de vous et de votre très belle famille. Joie !

Cathy et Lucas Chemaly, merci pour vos conseils et le bon vin du Liban que vous avez ramenés lors du week-end de préparation au mariage.

Céline, Etienne, Apolline et « bébé mystère », un exemple de famille unie. Vous resplendissez !

Euriell et Mathieu, le beau couple au beau mariage et à la belle foi ! Merci pour tous les moments que l'on a partagé ensemble. Vous êtes des amis que j'apprécie particulièrement. J'ai hâte de passer d'autres moments avec vous deux.

Marie-Hermine, l'amie et marraine de ma femme, mon amie aussi. Je te remercie pour tous les moments passés ensemble, notamment à Paris. Je suis heureux de voir ton évolution dans tous les domaines. En union de prière.

Corentin et Elodie, le couple de folie, rempli d'amour pour les autres avec un grand don de soi. J'ai hâte d'assister à votre mariage et de partager d'autres super moments avec vous.

Sébastien, Lobonala, Clemyre, Timothée, Lola, Aurélien, Blanche, Marie C., Marine, Raphaël, Anastasia, Stéphane et Marie L., Mathilde. Quelle joie d'avoir fait votre rencontre, maintenant je peux vous compter parmi mes amis et j'en suis super heureux.

À père Régis Peillon, prêtre et ami, j'ai passé de bons moments en ta compagnie. Ta présence est toujours source de joie. J'ai hâte de te revoir à nouveau et de passer d'autres moments de foi et de partage avec toi.

À père François-Régis Jamain, prêtre et ami aussi, source d'inspiration et magnifique prêcheur, tu dégages une aura magnifique. J'étais heureux de partager tant de moment au Vœu en ta compagnie. J'espère qu'on se reverra bientôt.

À père Vincent Lautram, grâce à qui le Vendée globe n'a plus de secret pour moi. Merci pour ces moments partagés ensemble et ces belles discussions.

À père Laurent Isnard, parti à la montagne, pour combien de temps ? Dieu seul le sait.

Merci également aux prêtres de Castres : Père Robert Kinda et ses magnifiques messes remplies de joie et d'amour, Père Bernard Negrier pour tous les sacrements qu'il m'a accordé et toutes les messes partagées ensemble, Père Philippe Sene, Père Basquin et Père Diancoff, Père Paul de Cassagnac, Père Raucoules Gaël. Merci à tous pour vos engagements.

Mes amis de Nice,

Merci à mon cher ami Ludo, mon partenaire en sport depuis mon arrivée dans la région. Toujours de bon humeur et toujours prêt à s'adapter à mes horaires de fou. Merci pour tous les moments partagés ensemble.

Anna et Vadim, le couple trop beau, la classe à la Russe ! Je suis très heureux d'avoir fait votre connaissance, je vous remercie pour les moments passés ensemble. J'ai hâte pour votre mariage et toi Anna, je te souhaite aussi bonne chance pour ta thèse.

Estelle, l'amie de ma femme qui est devenue aussi mon amie. J'ai beaucoup aimé tes parents et la soirée d'anniversaire chez toi. Fais attention, toi aussi tu passeras par cette étape, avec une thèse qui se profile. Il t'en faudra du courage.

Merci à tous les praticiens rencontrés au cours de mes stages d'internat :

Durant mes stages à Lenval,

Dr Sybille Blanc et Dr Mathilde Butori-Pepino, mes deux chefs super top du service, mais aussi Dr Cécile Desaldeleer. Merci car grâce à vous, j'ai appris et perfectionné mes connaissances en pédiatrie.

Durant mon stage de dermatologie du CHU de Nice, notamment Dr Feriel Boukari, Dr Alexandra Picard et Dr Alicia Sfecci. Merci pour votre soutien et votre enseignement de la dermatologie.

Durant mon stage au SSR de Menton, avec Dr Mireille Marzin-Cael, Dr Sabine Leonardelli et Dr Kamel Berriri. Une super équipe avec qui j'ai passé un super stage.

Durant mon stage de SASPAS, Dr Isabelle Pourrat, Dr Thérèse-Marie Carles et Dr Alain Chrestian. Merci pour votre confiance, votre enseignement, le partage de vos connaissances et compétences. Mais également de votre sympathie.

Merci à tous les Collègues médecins que j'ai pu remplacer ou que je remplace encore :

À Dr Dominique Lafforgue, merci pour ton super champagne. Merci aussi pour tes plans qui sont uniques en leur genre, merci pour le travail que l'on partage ensemble.

À Dr Julian Szepetowski et Dr Aymeric Bouveau, merci pour l'accueil chaleureux dont vous avez fait preuve lors de mes remplacements dans votre cabinet.

Merci aussi à Géraldine, la secrétaire qui est au top !

À Dr Roland Didonna et sa charmante épouse Lena, merci pour la disponibilité dont vous faites preuves et merci pour ce travail en collaboration dans une super ambiance.

À Dr Florent Hillali, merci pour les super remplacements que j'ai fait au cabinet et merci pour tous les autres moments de partage.

À Dr Reza Komeli et toute l'équipe de SOS médecin de Cannes – Grasse – Mandelieu. J'en ai passé du temps en garde mais ce fut toujours dans des conditions propices et toujours bien entouré.

Aux médecins de Castres que je remplace de temps en temps, notamment Dr Marc Desplas et Dr Marc Gaillac, Dr Sizaire et Dr Guillet, les médecins du Carré Gambetta. Ce fut toujours de très bons remplacements.

À Dr Sandrine Delcausse, merci pour les remplacements et merci pour ton implication (notamment avec un nouveau projet), j'ai hâte de reprendre le travail avec toi.

Merci à mes co-thésards :

Theo, spécialiste CERNI, au calme à toute épreuve et au discours bien huilé (sauf pour certains codes dont je ne comprends toujours pas l'origine).

Julien, spécialiste VISIO, toujours prêt pour faire un débriefing, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, à son dynamisme et à ses chants sortis de nulle part.

Martina, spécialiste ORTHOGRAPHE, la sérénité à l'état brut, il lui en a fallu pour nous supporter ! J'ai hésité avec spécialiste en anglais mais bon, j'ai finalement fait mon choix.

Merci à mon épouse Anna, ma merveilleuse femme, mon équipière dans tous les défis de la vie. Merci pour ton aide, notamment dans ce projet de thèse. J'ai toujours pu compter sur toi. Ton amour et ta gentillesse m'ont toujours porté. Avec toi à mes côtés, je suis un homme heureux et épanoui. Merci pour notre magnifique mariage, ce moment extraordinaire que l'on a vécu ensemble. Merci pour tous les voyages, notamment celui aux îles Canaries qui fut l'un des plus beaux. Merci pour le petit miracle Eden. Bon, je ne parlerai pas des escargots... et des chats ! Notamment une certaine « Mini » ! Merci pour tous ces moments partagés à deux. Bon, on a encore beaucoup de choses à vivre ensemble et j'ai hâte de les partager avec toi. Merci aussi à notre fils Constantin qui sera bientôt là, car il va rendre notre famille encore plus belle. En plus, c'est un super gentil garçon. Bref, j'ai la belle vie !

Sommaire

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| PREAMBULE | 17 |
| ARTICLE COMMUN | 20 |
| POSTAMBULE..... | 37 |
| ANNEXES..... | 41 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 64 |

Préambule

L'objectif de ce travail de thèse s'est d'emblée inscrit dans une démarche innovante avec la recherche d'un sujet original impliquant la médecine générale.

L'actualité faisait part d'une volonté des pouvoirs publics de réorganiser le système de soin en France. Il s'agissait de développer des moyens pour favoriser le secteur ambulatoire afin d'alléger le système hospitalier surchargé, diminuer la pression qui pesait sur les services d'urgence et donc sortir d'une logique du « tout hôpital ».

Cependant, le milieu ambulatoire faisait face à de nombreux défis tels que la baisse de la démographie médicale, l'apparition de déserts médicaux et la diminution de l'accès aux soins pour certains patients sans oublier la perte d'attractivité de la médecine libérale probablement liée à la détérioration de la qualité de vie avec des médecins souffrants de surcharge de travail ou d'isolement.

Dans ce contexte, des voies d'innovation et de changements ont été proposées et l'une d'entre elle m'a questionné. Il s'agissait de l'infirmière de pratique avancée (IPA). J'ai appris qu'en 2018 et en 2019, plusieurs textes réglementaires en spécifiaient déjà les modalités et permettaient d'en débiter la mise en place. Il s'agissait de quatre décrets et six arrêtés qui émanaient de deux ministères, celui des Solidarités et de la Santé, et celui de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Or, ce système m'était totalement inconnu, je n'en avais pas entendu parler alors que sa source date de 2016 avec la loi dite de modernisation du système de santé français. C'est dans ce contexte que mon questionnement est apparu. Quelles sont les sources d'information ? Les médecins ont-ils étaient impliqués dans cette démarche ? Quelles sont leurs opinions ? Comment se représentent-ils le rôle des IPA et leur façon de travailler avec ? Comment se projettent-ils dans ce projet ?

J'ai proposé en cellule thèse un premier sujet concernant l'opinion et les représentations des médecins généralistes des Alpes-Maritimes sur l'exercice infirmier en pratique avancée. Il s'agissait finalement de recueillir des informations concernant le principal acteur de ce changement en soins primaires, le médecin généraliste (MG). L'implémentation de l'IPA passe par le recueil de données concernant les médecins généralistes car c'est avec eux que les protocoles d'organisation seront signés. Or dans la bibliographie, les données concernant cette

population étaient largement insuffisantes. Le sujet me semblait donc suffisamment innovant pour pouvoir travailler dessus.

Assez naturellement, je me suis orienté vers la démarche qualitative mais il a fallu appréhender cette démarche et se former à cette méthodologie. Je me suis formé par la lecture d'articles sur la recherche qualitative. Guidé par mes directeurs de thèse, j'ai pu appréhender la méthode. J'ai visionné des vidéos de formation qu'ils m'ont recommandé sur comment bien mener un entretien individuel. J'ai donc appris différents outils : comment garder une posture neutre, comment utiliser des relances, comment permettre un bon déroulement de l'entretien en étant facilitateur et en permettant une bonne adhésion du médecin interrogé afin qu'il puisse développer ses idées, sans l'interrompre, en respectant les temps de réflexion et en relevant le langage non-verbal.

Puis il y a eu l'ouverture de la recherche à d'autres acteurs. En effet, l'étude a entre-temps évolué et s'est complexifiée avec la volonté d'explorer les représentations, non seulement des médecins, mais de tous les acteurs impliqués dans le dispositif IPA, à savoir les médecins généralistes (ma partie), les patients, les étudiants IPA et les infirmiers libéraux.

Il a donc fallu appréhender un travail qui devenait un travail de groupe avec la venue des trois autres Co-thésards, Martina, Julien et Theo avec qui j'ai beaucoup travaillé. J'ai apprécié ce travail de groupe avec trois personnes impliquées dans cette étude et qui ont permis de donner à cette recherche une autre dimension. L'entente fut magnifique ! J'ai beaucoup apprécié le travail en équipe avec eux.

L'objectif était de regrouper ces quatre populations au sein d'un même article de recherche et de viser une publication. Il a fallu ensuite choisir une revue de publication. Initialement, quand j'ai commencé seul, nous étions plutôt orientés vers la revue « Exercer ». J'ai pris note des recommandations aux auteurs et il a fallu appréhender une forme de rédaction particulière. Nous avons fait beaucoup de bibliographie afin d'appréhender le sujet et avons rédigé une première version de l'introduction et de la méthodologie en format « Exercer ». J'ai alors appris à manier Zotero. Ensuite, lorsque l'étude est devenue multi-facette, nous nous sommes orientés vers la revue « Santé Publique ». Les recommandations aux auteurs ont changé mais du coup, j'avais déjà quelques bases acquises concernant la rédaction mais qui se sont approfondies au fur et à mesure des conseils et des corrections respectives.

A noter qu'un facteur limitant est apparu en cours de recherche, l'épidémie de Coronavirus. Cette épidémie a complexifié la réalisation des entretiens et a bloqué un temps

ma recherche. Pour la collecte des données, j'ai réalisé tous les entretiens individuels en face à face sauf le premier qui est tombé lors de la période de confinement et que j'ai donc réalisé par Visio. Toutes les caractéristiques de mon échantillon sont retrouvées dans le tableau en annexe.

Tous les médecins que j'ai interviewés ont été recrutés par appel téléphonique à partir de différentes bases de données : recherches internet et annuaires des médecins étant les principales, puis par transmission de coordonnées lorsque je cherchais à faire varier la diversité des profils et obtenir un échantillon raisonné.

Les entretiens individuels ont été réalisés avec le guide d'entretien que j'ai créé initialement. Ce guide d'entretien a été réévalué au fur et à mesure de l'analyse. En effet, en cours d'analyse, on s'est rendu compte qu'il fallait approfondir l'impact de ce nouveau système sur le rôle propre du médecin généraliste ainsi que son impact sur le système de soins. Les deux versions du guide d'entretien sont disponibles en annexe (cf. annexe I et II).

Ensuite, après la réalisation des entretiens, il y a eu leur transcription qui demandait un temps important. L'analyse du contenu s'est appuyée sur des verbatim issus des retranscriptions complètes que j'ai analysées sur le logiciel NVivo dont j'ai dû apprendre le maniement. C'est une phase qui fut longue mais obligatoire pour aboutir à un codage catégoriel spécifique à mon échantillon (cf. annexe III). Puis l'autre complexité était de coordonner nos recherches avec l'apprentissage d'une analyse croisée par triangulation des données. Nous avons réalisés de multiples réunions de mises en commun des verbatim et de catégorisation commune. Il en allait de même pour la rédaction de l'article pour une possible publication, nous avons passé énormément de soirées ensemble pour la rédaction commune.

Nous avons dû approcher très rapidement les concepts sociologiques utiles à notre analyse. Pour cela, je dois remercier Docteur Cyril Drouot qui fut d'une aide précieuse et qui a permis de donner à la recherche encore plus de richesse. Grâce à lui, j'ai pu appréhender les concepts de la communication du risque avec l'article d'Arlette Bouzon de 2001, le concept de l'auto-efficacité avec l'article de Marc Nagels de 2011, le concept de complexité avec le colloque d'Edgar MORIN de 2005 ainsi que le concept de technologies cybernétiques de l'information développé par Bernard Claverie, dans un article de 2014 sur l'information et les machines.

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). Nous avons reçu une réponse positive de la part de ce comité (cf. annexe IV).

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 Aghnatiou).
- 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 AGHNATIOS¹, Théo DARLOY¹, Martina GASPAROVICOVA¹, Julien DICTOR¹, Cyril DROUOT², Fabrice GASPERINI¹, Tiphany BOUCHEZ¹.

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, ODYSSEÉ - 06107 Nice - France.

Correspondance : Dr Fabrice Gasperini (mail)

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 débiter 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 polyopathologies 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 connaître son rôle, de se représenter et de reconnaître 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, souhaitent 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 exprimés 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 suggérés 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 empiètement de l'IPA sur leurs rôles propres :

« En fait le problème c'est que les médecins ils ont l'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 évoqués 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'efficacité 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 souhaitent 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, Akkrich 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 | 66-70 | U | 19 | Agent d'entretien retraité | N | 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 | 46-50 | U | 23 | Agent de propreté | O | 10, 3 | N |
| P_99 | H | 60-65 | R | 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 | 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) |
|---------------------|------|-----------|-----------------|--------------------------------|-----------------|------------|---------------------------|-------------------------------|
| IPA_49 | F | 40-44 | U | 50 | A | N | 5-9 | 10-14 |
| IPA_12 | F | 55-59 | SR | 57 | A | N | 20-24 | 5-9 |
| IPA_73 | F | 40-44 | R | 104 | A | O | 0 (salariée en MSP 1-4) | 5-9 |
| IPA_64 | F | 35-39 | U | 40 | Hospitalier | N | 1-4 | 15-19 |
| IPA_30 | F | 25-29 | U | 60 | Hospitalier | N | 0 | 5-9 |
| IPA_57 | F | 45-49 | U | 37 | A | N | 10-14 | 10-14 |
| IPA_06 | F | 30-34 | U | 48 | Hospitalier | N | 0 | 5-9 |
| IPA_91 | F | 35-39 | U | 47 | A | N | 5-9 | 1-4 |
| IPA_25 | F | 50-54 | R | 81 | A | O | 20-24 | 1-4 |
| IPA_28 | H | 35-39 | U | 65 | A | N | 5-9 | 5-9 |
| IPA_35 | F | 30-34 | U | 43 | A | N | 1-4 | 10-14 |
| IPA_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 | N | 5-9 | N |

| | | | | | | | | |
|-------|---|-------|----|----|-----------------------------------|---|-------|---|
| MG_67 | H | 30-34 | SR | 20 | médecins 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 | 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.

Post-ambule

Au total pour mon échantillon, 14 entretiens ont été menés du 15 mai au 03 novembre 2020. La durée moyenne de mes entretiens a été de 29 minutes (minimum 18 minutes, maximum 52 minutes). La moyenne d'âge des participants a été de 49 ans. Concernant le genre, on retrouve 7 femmes et 7 hommes (cf. tableau).

J'ai décidé d'apporter quelques précisions sur les résultats de l'étude commune et discuter de certaines idées propres à mon échantillon et qui me paraissent intéressants. Pour cela, je me suis basé sur quelques éléments non exhaustifs issus du codage catégoriel spécifique à mon échantillon (disponible en annexe III).

Concernant les sources d'informations sur le dispositif IPA

Les médecins généralistes ont fait part de multiples sources d'informations concernant les IPA. Certains ont eu l'information via la presse médicale, les revues médicales, l'internet. D'autres ont eu l'information par discussion avec d'autres médecins via Facebook ou via un syndicat de MG. D'autres encore ont eu l'information par discussion avec des futurs IPA (en formation) ou au sein de centres pluri-professionnels. Mais l'accès à l'information sur les IPA semble être limitée, elle nécessite un investissement personnel afin de la chercher :

« Ben j'ai pas trop fouiné non plus, j'ai pas trop forcé pour savoir ce qu'ils allaient pouvoir faire » (MG_78).

Cet accès inégale à l'information expliquerait cette hétérogénéité des populations interrogées, entre certains médecins généralistes ayant de bonnes connaissances sur les IPA, d'autres ayant une information générale mais imprécise, d'autres encore n'ayant pratiquement aucune information sur le sujet.

Concernant les opinions sur le dispositif IPA

Les médecins généralistes ont eu des opinions hétérogènes concernant ce projet dans le sens où certains ont été très favorables au projet, d'autres très défavorable et entre ces deux opinions, on a retrouvé tout un panel d'opinion nuancé. L'engagement envers le dispositif est différent d'un médecin à l'autre. Certains médecins généralistes ont laissé voir un engagement limité envers le dispositif :

*« Je ne suis pas certaine qu'il y ait besoin de ça partout chez tout le monde quoi »
(MG_08).*

L'introduction de ce dispositif a été vue comme une valorisation de tout le corps infirmier. Les médecins généralistes ont reconnu que l'IPA est un expert dans son champ de compétences, qu'il a une qualification élargie en lien avec une formation supplémentaire et donc un élargissement de son champ d'action. Les médecins généralistes ont reconnu la capacité de l'IPA à comprendre le langage médical et à pouvoir travailler en autonomie en cas d'absence du médecin.

Concernant la rémunération des IPA

Beaucoup de médecins généralistes ont exprimés l'espoir que cette reconnaissance soit aussi financière :

« Il faut que quelque part, aussi, c'est une profession qui soit bien valorisée pour ce qu'elle fait bien » (MG_47).

On note toutefois beaucoup d'interrogations et de questionnements des médecins généralistes concernant la rémunération de l'IPA. Certains jugent la rémunération à venir trop faible voir décourageante :

« Oui, il y a une rémunération au forfait, c'est très bien mais, c'est rien par rapport à ce qu'elles gagnent d'habitude » (MG_89).

D'autres au contraire, la jugent excessives, égales voir supérieures à leur propre rémunération de médecins :

« Voilà, bon après j'ai un problème d'ego, ouais là je vais le dire, c'est un problème d'ego. Qu'elle soit rémunérée autant que nous ! » (MG_67).

Concernant les attentes sur le dispositif IPA

Beaucoup de médecins généralistes ont évoqué que les IPA pouvaient répondre aux besoins liés aux visites à domicile des patients, certains ont aussi évoqué un possible intérêt pour les téléconsultations :

« On va dire plus au domicile des gens, parce que, moi, j'ai vraiment du mal à y aller et... J'ai pas, plus trop (...) le temps d'y aller » (MG_86).

Beaucoup de médecins généralistes ont considérés le dispositif IPA comme palliatif, pour pallier le manque de médecin, pallier la surcharge de travail des médecins, pallier les déserts

médicaux. C'est dans ce contexte qu'ils ont aussi suggéré que l'implémentation des IPA dans les zones sous-médicalisées serait propice :

« D'avoir ce genre de compétences, ça pouvait être très utile pour la prise en charge des patients étant donné les contextes de manque de médecins, de déserts médicaux » (MG_78).

« Mais je pense que c'est une évolution qui me paraît intéressante et je le répète, surtout dans les zones rurales où il y a un problème de disponibilité médicale par rapport à la zone urbaine » (MG_93).

Certains médecins ont été plus catégoriques, ne voyant pas l'intérêt d'une implémentation de l'IPA en dehors de ces zones sous-dotées et se positionnant parfois contre le projet en dehors des déserts médicaux :

« Dans notre région et dans notre ville, c'est pas du tout le cas. On est pas du tout dans un désert médical et c'est dans ce sens-là que je suis contre » (MG_21).

Certains médecins ont suggérés que l'IPA pourrait être une aide pour les patients aux pathologies lourdes, pour les soins palliatifs, voir en alternative de l'hospitalisation à domicile (HAD) :

« Peut-être nous soulager au niveau justement de ces patients qui sont lourds » (MG_13).

Enfin, beaucoup de médecins ont émis l'attente d'une aide de l'IPA pour la prise en charge psychologique voir psychiatrique de certains patients :

« Par exemple la psychiatrie ! Ça c'est (...) une très bonne idée. Par exemple pour nous, on est vraiment coincé » (MG_78).

Concernant les craintes face au dispositif IPA

Certains médecins généralistes ont évoqué la crainte d'une dévalorisation de leur métier avec la crainte d'une diminution de leur pouvoir décisionnel et la crainte de passer au second plan :

« Parce que, il ne faut pas qu'il y ait des infirmières de pratique avancée qui vont finir par transformer les médecins généralistes en médecin de pratique reculée » (MG_47).

Certains médecins généralistes ont évoqué la crainte d'une limitation de leur relation avec le patient en les voyant moins régulièrement, ainsi que la crainte de faire moins de suivi de pathologies chroniques et donc libérer du temps pour faire plutôt de l'urgence ou de l'administratif :

« On aboutit à une médecine générale plus spécialisée, hein, spécialisée dans la décompensation, spécialisée un peu plus vers l'urgence » (MG_89).

« Mais je trouve que c'est dommage puisque déjà que notre métier, on est à beaucoup moins de pratique (...) et j'ai peur que ce genre de pratique avancée, ça impose encore, et de la paperasserie et de l'organisation et des réunions » (MG_17).

On note que ces précisions viennent corroborer les résultats de notre étude, ces quelques subtilités sont propres à mon échantillon.

Finally, these interviews allowed me to grasp the feeling of general practitioners who welcomed me with a lot of kindness. By varying the sample, I became aware of the diversity of practices that medicine allows and more specifically general medicine. This comforts me in the choice I made several years ago. I encountered different ways of practicing medicine, this necessary step back for my thesis work also allowed me to deepen my professional path.

Certainly, I did not presume the task to be done and the extent of the work required when I started this research. But finally, I am happy to have been able to share this experience of work with all this beautiful world. The transversal discussion and the team work, as it allowed to make this research more global, more complex, more complete, I think that it is the same in medicine where finally, we work together and in a network, for the benefit of all.

Annexes

Annexe I : Première version du guide d'entretien

Thème 1 : la connaissance du projet (les premières impressions)

- Que signifie pour vous « infirmier en pratique avancée » ?
 - Comment définiriez-vous un « infirmier en pratique avancée » ?
- Comment avez-vous eu des informations concernant « l'infirmier en pratique avancée » ?
 - A quelle occasion avez-vous entendue le terme d'infirmier en pratique avancée ?
- Quelles informations avez-vous eu concernant « l'infirmier en pratique avancée » ?
 - Quand pensez-vous que ce sera mis en place ?
 - Comment pensez-vous que ce sera mis en place ?
- Que pensez-vous des informations que vous avez sur « l'infirmier en pratique avancée » ?

Présentation du PowerPoint

Thème 2 : les opinions et les représentations

- Comment vous sentez-vous vis-à-vis de ce projet ?
 - Quel est votre sentiment par rapport à ce projet ?
 - Lorsque vous entendez parler du sujet, est-ce que cela évoque en vous d'autres choses, d'autres sentiments ?
- Quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on évoque le terme « d'infirmier en pratique avancée » ?
 - Y a-t-il d'autres mots que vous associez à « infirmier en pratique avancée » ?
- Pour résumer, quel est votre opinion concernant ce projet ?

Thème 3 : prospective

- Quelle place aurait « l'infirmier en pratique avancée » dans votre exercice ?
- Dans quelles situations pouvez-vous imaginer travailler avec un infirmier en pratique avancée ?
 - Qu'envisageriez-vous comme tâches pour un infirmier en pratique avancée ?
- Quelles sont vos attentes concernant « l'infirmier en pratique avancée » ?
 - Pourriez-vous nous décrire ce que vous attendez d'autre d'un infirmier en pratique avancé ?

- Sur quels critères se basent vos attentes concernant « l’infirmier en pratique avancée » ?
- Comment pensez-vous que l’arrivée de ce nouveau métier peut changer votre façon de faire votre métier ? / d’exercer ?
 - Comment envisagez-vous votre métier dans ce cadre ?
 - Comment évoluera votre carrière avec ce nouveau mode d’exercice ?
 - Comment adapterez-vous votre exercice vis-à-vis des « infirmiers en pratique avancée » ?
 - Sur quels aspects votre pratique pourrait se modifier avec l’arrivée de « l’infirmier en pratique avancée » ?

Conclusion de l'entretien

- Y’a-t-il d’autres choses que vous souhaiteriez exprimer ? Qu’on aurait pu oublier ?
- Quel sujet auriez-vous aimé aborder de plus concernant « l’infirmier en pratique avancée » ?
- Est-ce que cet entretien vous a intéressé ?

Annexe II : Deuxième version du guide d’entretien

Les changements apparaissent en gras.

Thème 1 : la connaissance du projet (les premières impressions)

- Que signifie pour vous « infirmier en pratique avancée » ?
 - Comment définiriez-vous un « infirmier en pratique avancée » ?
- Comment avez-vous eu des informations concernant « l’infirmier en pratique avancée » ?
 - A quelle occasion avez-vous entendue le terme d’infirmier en pratique avancée ?
- Quelles informations avez-vous eu concernant « l’infirmier en pratique avancée » ?
 - Quand pensez-vous que ce sera mis en place ?
 - Comment pensez-vous que ce sera mis en place ?
- Que pensez-vous des informations que vous avez sur « l’infirmier en pratique avancée » ?

Présentation du PowerPoint

Thème 2 : les opinions et les représentations

- Comment vous sentez-vous vis-à-vis de ce projet ?
 - Quel est votre sentiment par rapport à ce projet ?

- Lorsque vous entendez parler du sujet, est-ce que cela évoque en vous d'autres choses, d'autres sentiments ?
- Quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on évoque le terme « d'infirmier en pratique avancée » ?
 - Y a-t-il d'autres mots **ou des concepts** que vous associez à l'infirmier en pratique avancée ?
- Pour résumer, quel est votre opinion concernant ce projet ?

Thème 3 : prospective

- Quelle place aurait « l'infirmier en pratique avancée » dans votre exercice ?
- Dans quelles situations pouvez-vous imaginer travailler avec un infirmier en pratique avancée ?
 - Qu'envisageriez-vous comme tâches pour un infirmier en pratique avancée ?
- Quelles sont vos attentes concernant « l'infirmier en pratique avancée » ?
 - Pourriez-vous nous décrire ce que vous attendez d'autre d'un infirmier en pratique avancé ?
 - Sur quels critères se basent vos attentes concernant « l'infirmier en pratique avancée » ?
- Comment pensez-vous que l'arrivée de ce nouveau métier peut changer votre façon de faire votre métier ? / d'exercer ?
- **Selon vous, quelle sera la conséquence de l'arrivée de l'IPA sur le rôle du médecin généraliste ?**
- **Selon vous, quelle sera la conséquence de l'arrivée de l'IPA sur le système de soins ?**
 - **Quelle place pensez-vous que l'IPA aura dans le système de soins d'une façon générale ?**
- **Pensez-vous que l'IPA sera plus proche de l'IDE, du médecin ou du patient ? Pouvez-vous le situer auprès de ces trois protagonistes de notre système de soins ?**
- **Comment pensez-vous que le rôle d'IPA évoluera dans le futur ?**
- **Quelles questions vous posez-vous sur ce projet d'IPA ?**

Conclusion de l'entretien

- Y'a-t-il d'autre choses que vous souhaiteriez exprimer ? Qu'on aurait pu oublier ?
- Quel sujet auriez-vous aimé aborder de plus concernant « l'infirmier en pratique avancé » ?

- Est-ce que cet entretien vous a intéressé ?

Annexe III : Codage catégoriel spécifique à l'échantillon d'infirmiers MG

- Un accès inégal à l'information sur le dispositif IPA.
- Des moyens d'informations multiples sur le dispositif IPA.
- L'attente d'informations supplémentaires sur le dispositif IPA.
- Des connaissances hétérogènes sur le dispositif IPA.
- Des opinions hétérogènes sur le dispositif IPA.
- L'évocation de multiples sentiments concernant le dispositif IPA.
- L'IPA comme revalorisation du métier infirmier.
- Une régularisation par le dispositif IPA des actes informels déjà réalisés par l'IDE.
- Un élargissement du champ d'actions de l'IPA par rapport à l'IDE avec la notion de prescriptions.
- La notion de compétences et de qualifications de l'IPA.
- La notion de formation supplémentaire de l'IPA par rapport à l'IDE.
- La notion d'une formation contraignante pour l'obtention du diplôme IPA.
- La capacité de travail en autonomie de l'IPA en l'absence du médecin.
- Le besoin de rodage avec l'attente de la mise en pratique du dispositif IPA.
- La notion de « précurseurs » concernant les premiers IPA.
- L'anticipation de difficultés à l'intégration de l'IPA.
- L'absence d'intérêt pour le dispositif IPA dans la pratique propre (oui mais pas pour moi).
- L'absence d'attentes particulières concernant le dispositif IPA.
- Des questionnements sur l'acceptation du dispositif IPA :
 - par les patients
 - par les infirmiers libéraux
 - par les autres médecins
- La notion de guerre d'egos.
- La nécessité de redéfinir les modèles économiques en libéral.
- L'attente d'une meilleure disponibilité des IPA par rapport aux médecins.
- L'attente d'une relation particulière de l'IPA avec le patient.
- L'attente d'un temps de consultation IPA plus long par rapport aux médecins.

- Le dispositif IPA va libérer du temps médical du médecin.
- Un gain de sécurité pour le patient avec le dispositif IPA.
- La perception d'un flou concernant le rôle de l'IPA et de son cadre d'exercice.
- La perception d'un intérêt du dispositif IPA dans le domaine :
 - de la prévention
 - de l'éducation thérapeutique
 - de l'observance
 - des soins palliatifs
 - de la téléconsultation
- L'évocation d'une implémentation des IPA :
 - dans les CPTS
 - en secteur hospitalier
 - dans les MSP
 - auprès des médecins spécialistes
 - en fonction des zones géographiques
- La perception du dispositif IPA comme une aide pour :
 - la prise en charge des patients en EHPAD
 - la prise en charge des patients à domicile
 - le suivi des pathologies chroniques stabilisées
 - la prise en charge de pathologies « lourdes », complexes
 - la prise en charge de pathologies psychologiques ou psychiatriques
- La perception du dispositif IPA comme une réponse « palliative » :
 - Pallier la surcharge de travail des médecins
 - Pallier le manque de médecins
 - Pallier aux difficultés des zones sous-médicalisées et des déserts médicaux
- La perception du dispositif IPA comme une alternative à l'HAD.
- Une coordination avec l'IPA à définir avec des interrogations et des attentes sur :
 - les systèmes de communication interprofessionnelle
 - la mise en place d'une relation de confiance
 - le travail d'équipe et les compétences collaboratives (ne pas travailler en solo)
 - la délégation de tâches
 - le partage de responsabilités
- Des attentes de complémentarité entre les rôles des IPA et des médecins.

- La notion de risque de chevauchement des pratiques.
- La crainte d'une complication de la pratique du MG :
 - Majoration du travail administratif (de « paperasserie »)
 - Majoration de la fréquence des consultations pour les pathologies complexes
 - Majoration de la fréquence des consultations d'urgence et de décompensations
 - Multiplication des interlocuteurs / des acteurs de soins
- La crainte d'une limitation de la relation médecin-patient par la diminution de la fréquence du suivi.
- La crainte de perdre la main sur les demandes secondaires des consultations de suivi et de renouvellement.
- La crainte d'une concurrence du dispositif IPA avec la perception d'un risque :
 - de diminution de la rémunération du MG par diminution du nombre de consultations et/ou d'actes.
 - de perte de pouvoir décisionnel du MG
 - de dévalorisation du métier de MG
 - de double discours au patient
- La crainte d'une diminution de la qualité des soins prodigués avec :
 - Perception d'un risque de suivi incomplet du patient
 - Perception d'un risque de formation IPA insuffisante en comparaison de la formation médicale
 - Perception d'un risque de division entre les acteurs de soins
 - Perception d'un risque de « SAV », de « voiture-balai » du MG
- Une opposition au droit de prescription de l'IPA.
- La crainte que le dispositif IPA aggrave la carence en infirmiers libéraux.
- La crainte que le dispositif IPA dévalorise la pratique des infirmiers libéraux.
- Des questionnements sur la rémunération de l'IPA :
 - Une rémunération excessive versus insuffisante
 - Une revalorisation attractive versus dissuasive
 - Surcout versus gain de cout (pour le système de santé)
- La défiance concernant les décisions politiques au sens large.
- La notion de choix imposé concernant le dispositif IPA.
- Le concept générationnel des médecins sur leur engagement dans le dispositif IPA :

- Des fins de carrières réceptifs (car IPA aidant dans l'arrêt d'exercice) ? Ou une ancienne génération réfractaire au changement ?
- Une nouvelle génération habituée au travail en collaboration ? Ou la crainte des jeunes médecins concernant leur installation ?
- Des représentations hétérogènes sur le dispositif IPA :
 - le mini-médecin
 - l'infirmier traitant
 - le « super » infirmier
 - l'exemple des pays étrangers (Canada, Chine, Suède, USA)
 - le parallèle avec les IDE Asalée
 - le parallèle avec les futurs assistants médicaux
 - l'expérience de travail avec les infirmiers libéraux
- La perception du médecin généraliste comme l'acteur central du futur dispositif.
- La perception du médecin généraliste comme un coordinateur interprofessionnel.

Annexe IV : 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, (mail), enseignante-chercheuse, chercheuse à l'URE RETINES (UCA), Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, Université Nice Sophia Antipolis- Faculté de Médecine, 28 Avenue Valombrose 06107 Nice Cedex 2

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, 28 Avenue Valombrose 06107 Nice Cedex 2
- 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 :

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'efficacité 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 influencer 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 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'échantillonage 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 (salarie 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 (salarie 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

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 multifacéte 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 transcript 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 des participantes, 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'accroître 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 | <p>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? <i>Si oui, ce dossier doit présenter une description de la mise en scène utilisée et une explication de la façon de la dévoiler</i></p> |
|-----|---|

| | |
|---------|--|
| 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 |
| NON | Utilisation de stimuli physiques (auditifs, visuels, haptiques, etc.) autres que des |
| NON | Privation de besoins physiologiques (boire, manger, dormir, etc.) |
| NON | Manipulation de paramètres psychologiques ou sociaux comme la privation |
| 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 :

- (1) - 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.
- (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.

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 transcript 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'apparaîtra 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, (mail), enseignante-chercheuse, chercheuse à l'URE RETINES (UCA), Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, Université Nice Sophia Antipolis- Faculté de Médecine, 28 Avenue Valombrose 06107 Nice Cedex 2

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.

NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre du projet : Thèse d'exercice en médecine générale

Chercheurs titulaires responsables scientifiques du projet :

Dr Bouchez Tiphany (mail)

Dr Gasperini Fabrice (mail)

Lieu de recherche : Région PACA

But du projet de recherche :

Nous cherchons à comprendre ce que pensent les médecins généralistes du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie)

Nous souhaiterions vous rencontrer pour un entretien. Nous discuterons ensemble de ce que vous pensez ou vous imaginez de ce métier. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est vraiment votre avis, vos idées qui nous intéressent. L'entretien aura lieu où vous le souhaitez. L'entretien sera enregistré par dictaphone et par téléphone 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.

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 dès que vous le souhaitez et à n'importe quel moment.
- 3/ Votre décision de participer, de refuser de participer, ou de cesser votre participation n'aura aucune incidence.

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.
- 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 enverrons le texte de notre entretien pour que vous puissiez le valider.

Bénéfices

Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure connaissance des représentations qu'ont les médecins généralistes 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.

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. Les communications ou articles concernant ce travail pourront comporter des morceaux de texte anonymisés pour illustrer la réalité recueillie sur le terrain.

Vos droits de poser des questions

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en communiquant par courrier électronique à l'adresse suivante : (mail)

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.

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

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

**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 Tiphane BOUCHEZ, (mail)

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)

Université Côte d’Azur - Grand Château - 28 avenue de Valrose - 06103 Nice Cedex 2

Tableau : Caractéristiques de l'échantillon d'informateurs MG

| Informateur (alias) | Sexe | Age (ans) | Lieu d'activité | Mode d'exercice | Cabinet informatisé | Secrétariat | Expérience professionnelle (ans) | Maitre de stage universitaire | Travail avec IDE Asalée | Syndiqué | Patients en ALD / plus de 65 ans (Proportion) | Lieu des entretiens | Durée des entretiens (minutes) |
|---------------------|------|-----------|-----------------|--------------------|---------------------|------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------|---|---------------------|--------------------------------|
| MG_25 | H | 50-54 | SR | Groupe de médecins | Oui | A distance | 15-19 | Non | Non | Non | 50% | Par Visio sur Zoom | 38 |
| MG_93 | H | 70-74 | U | Seul | Oui | A distance | 40-44 | Non | Non | Oui | 40% | Au domicile du MG | 22 |
| MG_98 | H | 30-34 | SR | Groupe de médecins | Oui | Physique et à distance | 5-9 | Non | Non | Non | 37% | Au cabinet du MG | 28 |
| MG_67 | H | 30-34 | SR | Groupe de médecins | Oui | Physique et à distance | 5-9 | Non | Non | Oui | 25% | Au cabinet du MG | 20 |
| MG_36 | F | 60-64 | U | Groupe de médecins | Oui | A distance | 30-34 | Non | Non | Non | 50% | Au cabinet du MG | 28 |
| MG_13 | F | 50-54 | R | Groupe de médecins | Oui | Physique | 20-24 | Non | Non | Non | 38% | Au cabinet du MG | 18 |
| MG_47 | H | 60-64 | U | MSP | Oui | Physique et à distance | 30-34 | Oui | Oui | Oui | 20% | Au cabinet du MG | 30 |
| MG_21 | H | 40-44 | U | Groupe de médecins | Oui | Physique et à distance | 10-14 | Oui | Oui | Non | 30% | Au cabinet du MG | 32 |
| MG_86 | F | 40-44 | SR | Seul | Oui | Physique | 10-14 | Non | Oui | Non | 50% | Au cabinet du MG | 30 |
| MG_08 | F | 35-39 | SR | Groupe de médecins | Oui | Non | 5-9 | Non | Non | Non | 20% | Au cabinet du MG | 28 |
| MG_89 | F | 40-44 | R | MSP | Oui | Non | 10-14 | Oui | Oui | Non | 50% | Au cabinet du MG | 52 |
| MG_27 | H | 50-54 | SR | Seul | Oui | A distance | 15-19 | Oui | Non | Non | 22% | Au domicile du MG | 29 |
| MG_78 | F | 60-64 | SR | Seul | Oui | A distance | 30-34 | Non | Non | Non | 65% | Au cabinet du MG | 35 |
| MG_17 | F | 55-59 | R | Seul | Non | Non | 25-29 | Non | Non | Non | 35% | Au cabinet du MG | 21 |

Légende : MG : Médecin Généraliste ; F : Femme ; H : Homme ; U : Urbain ; R : Rural ; SR : Semi-rural ; MSP : maison de santé pluridisciplinaire.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.