



HAL
open science

Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins

Alexis Le Cann

► To cite this version:

Alexis Le Cann. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03474701

HAL Id: dumas-03474701

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474701v1>

Submitted on 10 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alexis LE CANN

Le 24 Novembre 2021

**Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée :
Les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération
interprofessionnelle en soins primaires – La vision des médecins.**

Directeur de thèse : M. Marc GARCIA (PA-MG).

JURY

Président : M. Michel AMOUYAL
Professeur des Universités, Médecine Générale

1^{er} assesseur : Mme Isabelle LAFFONT
Professeur des Universités, Médecine Physique et Réadaptation

2^{ème} assesseur : M Marc GARCIA
Professeur Associé, Médecine Générale

Membre invité : Mme Cécile TRIOULIER
Docteur, Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alexis LE CANN

Le 24 Novembre 2021

**Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée :
Les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération
interprofessionnelle en soins primaires – La vision des médecins.**

Directeur de thèse : M. Marc GARCIA (PA-MG)

JURY

Président : M. Michel AMOUYAL
Professeur des Universités, Médecine Générale

1^{er} assesseur : Mme Isabelle LAFFONT
Professeur des Universités, Médecine Physique et Réadaptation

2^{ème} assesseur : M Marc GARCIA
Professeur Associé, Médecine Générale

Membre invité : Mme Cécile TRIOULIER
Docteur, Médecine Générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Niils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques



Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements :

Au **Professeur Michel Amouyal**, un immense merci pour avoir accepté de présider ce jury de thèse après 2 années de collaboration DMG-SILR.

Au **Professeur Marc Garcia**, un grand merci de votre accompagnement tout au long de ce travail de longue haleine.

Au **Professeur Isabelle Laffont** un grand merci de votre présence au jury de thèse.

Au **Docteur Cécile Trioulier**, pour m'avoir accompagné du tout début à la toute fin de ces trois années d'internat et pour l'honneur de ta présence à ce jury de thèse.

A mes encadrants de stage :

A Pierre pour ta sagesse et ton amitié ;

A l'équipe des urgences de Bagnols sur Cèze pour leur respect des traditions de fin de stage ;

Au service de Pédiatrie du CH de Béziers pour les souvenirs de ce premier confinement ;

Aux Docteurs Hurtier, Delorme et Froger pour leur dynamisme et leur bonne humeur malgré les conditions caniculaires du bureau des internes ;

Aux Docteurs Taverniers et Godillot pour m'avoir aidé à surmonter dans les meilleurs conditions ce stage au CHU et m'avoir appris que la dermatologie « c'est pas snob » ;

Aux Docteurs Arnould, Véran et Verdier pour leur encadrement dans cette dernière ligne droite.

Aux Docteurs Prevost-Ferey, L'Hirondel, El Omari et les Docteurs Minet et Repole pour ce dernier semestre lozérien.

A mes co-internes, pour les moments de partage tout au long de cet internat : Elodie, Céline, Alix, Anne, Nicolas, Pauline, Clémentine, Delphine, Amélie, Léna, Mathilde, Kevin, Walid, Fanny, Morgan, Manon, Natalia, Romane, Carole, Aude, Fanny, Manon, Hugo, Léo-Paul, Eliette, Marie, Marielle, Mathilde, Alexandre, Oriane, Solenne, Françoise, Jacques, Jérémy et ceux que j'ai dû oublier...

A Alexis, Carole, Chloé, Justine, Mathilde, Cloé et Martin pour ce que vous êtes et votre amitié indéfectible.

A mes parents Véronique et Benoit, A Gilles, et à mon frère Aymeric, pour votre soutien tout au long de ces 10 longues années de médecine.

A mes grands-parents Paulette, Yves, Paulette et Corentin, pour votre soutien malgré les difficultés à comprendre « où j'en étais dans ces études ».

A toutes les personnes qui m'ont soutenu de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail de thèse.

Enfin, un immense merci aux infirmiers et infirmières que j'ai pu croiser au cours de mon parcours et en particulier à vous **Marité et Floriane**. Vous êtes les inspiratrices de cette thèse. Malgré le temps, vos conseils resteront gravés dans ma mémoire.

A Nini et Lucile,

ABREVIATIONS

ANFIPA : Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée

AM : Assistant Médical

APN : *Advanced Practice Nurse*

APRN : *Advanced Practices Registered Nurse*

ARS PACA : Agence Régionale de Santé de Provence Alpe Côte d'Azur.

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNM : *Certified Nurse Midwife*

CNS : *Clinical Nurse Specialist*

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRNA : *Certified Registered Nurse Anesthetist*

DE-IPA : Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique avancée

DMG : Département de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (Loi) : Loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire »

HTA : HyperTension Artérielle

IDE(L) : Infirmier (ou Infirmière) Diplômé d'Etat (Libérale)

IFSI : Institut de Formation aux Sciences Infirmières

IPA : Infirmier (ou Infirmière) en Pratique Avancée.

IPADE : Infirmier (ou Infirmière) en Pratique Avancée Diplômé d'Etat

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NHS : *National Health Service*

NP : *Nurse Practitioner*

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

UE : Unité d'Enseignement

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZV : Zone de Vigilance

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	- 25 -
I – DEFINITION	- 25 -
1 – QU’EST-CE QU’UN INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE ?	- 25 -
2 – ANALYSE DE LA DEFINITION DE LA PRATIQUE AVANCEE DES INFIRMIERS.....	- 25 -
3 – CE QU’IMPLIE CETTE DEFINITION OFFICIELLE	- 25 -
3.1 – Qu’est-ce qu’une compétence professionnelle ?	- 25 -
3.2 – Qu’est-ce qu’une compétence clinique ?	- 26 -
3.3 – Prise de décision complexe	- 26 -
II – L’INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE : UNE PROFESSION MECONNUE EN FRANCE MAIS DEJA ANCREE DANS CERTAINS PAYS DU MONDE.	- 27 -
1 – ÉTATS UNIS	- 27 -
2 – CANADA	- 29 -
3 – AUSTRALIE	- 29 -
4 – ROYAUME-UNI	- 30 -
5 – AUTRES PAYS NON ANGLO-SAXONS.....	- 31 -
III – ET EN FRANCE ?	- 32 -
1 – CHRONOLOGIE DES DISPOSITIFS LEGISLATIFS ET EXPERIMENTALES AYANT ABOUTI A LA MISE EN PLACE DE LA PRATIQUE AVANCEE DES INFIRMIERS TELLE QU’ON LA CONNAIT AUJOURD’HUI EN FRANCE.	- 32 -
1.1 – Gouvernement Chirac : Les prémices.....	- 32 -
1.2 – Gouvernement Sarkozy : Loi HPST	- 33 -
1.3 – Gouvernement Hollande : Le Pacte Territoire-Santé	- 34 -
1.4 – Gouvernement Macron : Ma Santé 2022 et Le Ségur de la Santé	- 35 -
2 – LA PROFESSION D’INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE EN FRANCE	- 37 -
2.1 – Champs et forme de l’activité	- 37 -
2.1.1 – Sur le plan général.....	- 37 -
2.1.2 – En pratique (28).....	- 37 -
2.2 – Formation	- 38 -
2.2.1 – Accès à la formation	- 38 -
2.2.2 – Contenu de la formation	- 38 -
2.2.3 – Compétences acquises	- 39 -
3 – MISE EN PRATIQUE	- 39 -
3.1 - Le médecin généraliste : principal acteur de la pratique avancée de l’infirmier dans les soins primaires	- 39 -
3.2 – Une mise en place qui conserve des zones d’ombre.....	- 40 -
IV – CONTEXTE	- 41 -
1 – PROBLEMATIQUE	- 41 -
2 – OBJECTIF PRINCIPAL.....	- 42 -
METHODES	- 43 -
I – CRITERES D’INCLUSION	- 43 -
II – CRITERES DE NON-INCLUSION.	- 44 -
III – RECRUTEMENT.	- 44 -
IV – ENTRETIENS DES MEDECINS PARTICIPANTS	- 45 -
V – RECUEIL DES DONNEES.	- 46 -
VI – ANALYSE DES DONNEES	- 46 -
VII – FIN DE L’ETUDE.	- 47 -
RESULTATS	- 48 -

I – QU’EST-CE QU’UN IPA EN SOINS PRIMAIRES ?	- 48 -
1 - DEFINITIONS DE L’INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE	- 48 -
2 – FORMATION DES IPA	- 50 -
3 – FONCTIONS DES IPA AU SEIN DES SOINS PRIMAIRES.	- 51 -
4 – FACTEURS FAVORISANTS L’INTRODUCTION DE LA PRATIQUE AVANCEE EN FRANCE	- 54 -
4.1 - Un moyen de répondre aux difficultés démographiques médicales rencontrées dans certains territoires	- 54 -
4.2 - Une valorisation et une reconnaissance des soins infirmiers	- 55 -
4.3 - La possibilité pour les soins primaires d’améliorer son fonctionnement et ses résultats	- 56 -
4.4 – Une décision politique sur une idée d’économie médicale rentable.	- 56 -
II – COMMENT ENVISAGER LA COLLABORATION MEDECIN GENERALISTE ET IPA AU SEIN DES SOINS PRIMAIRES ?	- 60 -
1 – LES PREREQUIS DE CETTE COLLABORATION	- 60 -
1.1 – Établir et maintenir une confiance	- 60 -
1.2 - Création d’une collaboration efficace	- 63 -
1.3 - Connaissance du MG de la fonction de l’IPA et de sa formation	- 64 -
2 – UNE COLLABORATION PAR COOPERATION	- 65 -
2.1 – Une équipe au service du patient.....	- 65 -
2.2 – Mise en place d’une délégation d’actes médicaux.....	- 66 -
2.2.1 – Le cadre de cette délégation de tâches.....	- 66 -
2.2.2 - L’acte de prescription de médicament.....	- 67 -
2.2.3 - Impact de la délégation de tâches	- 68 -
2.3 - Impact de la pandémie de COVID 19 sur la coopération médecin - IPA.	- 70 -
3 - LES POSITIONNEMENTS DES ACTEURS AU SEIN DE LA COLLABORATION.....	- 71 -
3.1 - Positionnement du médecin généraliste	- 71 -
3.2 - Positionnement de l’IPA.....	- 76 -
3.3 – Les freins mis en évidence de cette collaboration	- 80 -
III – EN QUOI LA COLLABORATION MEDECIN GENERALISTE ET IPA INFLUENCE LA RELATION QUE LE MEDECIN ENTRETIENT AVEC LE PATIENT ?	- 86 -
1 – LA RELATION MEDECIN GENERALISTE ET PATIENT DANS LE CONTEXTE HORS-IPA.....	- 86 -
2 - UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE.....	- 88 -
3 – LA VISION DU PATIENT SUR CETTE COLLABORATION.....	- 89 -
4 - LA DISTANCE ENTRE LE PATIENT ET LE MEDECIN.....	- 90 -
5 – CRAINTES DES MEDECINS GENERALISTES VIS-A-VIS DU PATIENT	- 92 -
IV – COMMENT L’EXERCICE MEDICAL DES SOINS PRIMAIRES EST INFLUENCE PAR L’INTRODUCTION DE LA PRATIQUE AVANCEE DES INFIRMIERS ?.....	- 96 -
1 – OBSERVATIONS D’UNE EVOLUTION DANS LE TEMPS DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE	- 96 -
2 – UNE COLLABORATION QUI POUSSE LA REFLEXION SUR LE FONCTIONNEMENT DES SOINS PRIMAIRES.	- 97 -
 DISCUSSION	 - 103 -

I – POINTS FAIBLES ET POINTS FORTS DE CETTE ETUDE	- 103 -
1 – LIMITES DE L’ETUDE	- 103 -
1.1 – Diversification imparfaite de la population cible	- 103 -
1.2 – Format des entretiens	- 103 -
1.3 – Questionnaire au cours des entretiens	- 104 -
1.4 – L’objectivité dans l’analyse des résultats : Un défi à relever.....	- 104 -
2 – POINTS FORTS DE L’ETUDE	- 105 -
2.1 – Une étude originale sur un sujet d’actualité	- 105 -
2.2 – Un questionnaire testé et la qualité des entretiens.....	- 105 -
2.3 – Une pluralité de réponse permettant une vision diversifiée.....	- 105 -
2.4 – Une extraction minutieuse des données.....	- 105 -
II – PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE.....	- 107 -
1 – PROBLEMATIQUE N°1 - LA COLLABORATION MG-IPA : UNE SOURCE D’INCERTITUDES	- 107 -

1.1 – Incertitude liée à une organisation encore floue	- 107 -
1.2 – Incertitude liée à des compétences discutées par les médecins.....	- 108 -
1.3 – Incertitude liée à une confusion entre IPA et IDE	- 109 -
1.4 - Enjeu n°1 : Comment faire connaître et faire accepter les nécessités d'un changement d'organisation ?.....	- 110 -
1.4.1 – Abandonner la prise en charge « médecin centré ».....	- 110 -
1.4.2 – Définir des limites claires dans cette nouvelle organisation	- 110 -
1.4.3 – Aborder une flexibilité pour permettre une prise en charge globale.....	- 111 -
1.4.4 – Envisager le rôle de l'IPA comme un professionnel qui apporte une plus-value dans les prises en charge et des compétences qui lui sont spécifiques	- 111 -
1.4.5 – Doser le degré d'autonomie de l'IPA pour une harmonie de fonctionnement.....	- 112 -
2 – PROBLEMATIQUE N°2 - LA COLLABORATION MG-IPA : UNE SOURCE DE MEFIANCE	- 114 -
2.1 – Une méfiance induite par une méconnaissance	- 114 -
2.2 – Une méfiance liée à la délégation des actes médicaux : Une nécessité entendue mais une difficulté de réalisation envisagée.....	- 115 -
2.3 – Une méfiance liée au nouveau rôle à jouer pour le médecin	- 117 -
2.4 – Enjeu n°2 : Comment établir, maintenir et afficher la confiance ?	- 118 -
2.4.1 - Construire une relation professionnelle et humaine	- 119 -
2.4.2 – Gagner la confiance des médecins généralistes par l'action.....	- 120 -
2.4.3 – Faire accepter aux médecins généralistes de se libérer de certaines responsabilités	- 121 -
3 – PROBLEMATIQUE N°3 - LA COLLABORATION MG-IPA : UNE SOURCE DE COMPLEXITE	- 123 -
3.1 – Accueil mitigé des patients : Complexité d'intégrer un tiers dans la relation médecin-patient	- 123 -
3.2 – L'introduction d'un parcours de soin plus complexe.	- 123 -
3.3 – Enjeu n°3 : Anticiper, Informer et rassurer	- 123 -
4 – PROBLEMATIQUE N°4 – LA COLLABORATION MG-IPA : UNE SOURCE DE CONTRAINTE	- 125 -
4.1 – Contrainte liée à une multitude de tâches attribuées aux médecins.....	- 125 -
4.2 – Des contraintes liées à des défaillances sur le plan législatif et organisationnel	- 127 -
4.4 – Enjeu n°4 : Comment envisager la collaboration non pas comme une contrainte mais une opportunité ?	- 129 -
4.4.1 – L'opportunité d'améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins apportés du patient.....	- 129 -
4.4.2 – L'opportunité de pallier aux difficultés de l'offre de soins.....	- 131 -
4.4.3 – L'opportunité pour les médecins généralistes d'investir dans l'avenir	- 131 -
III – PERSPECTIVES.....	- 134 -
<u>CONCLUSIONS</u>	<u>- 135 -</u>
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>- 137 -</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>- 141 -</u>
<u>RESUME ET MOTS CLES</u>	<u>- 153 -</u>

INTRODUCTION

I – Définition

1 – Qu'est-ce qu'un infirmier en pratique avancée ?

Le conseil international des infirmiers définit l'infirmier en pratique avancée (IPA) comme « ***Un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession*** ».

Le conseil précise également que « ***Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer*** ».

2 – Analyse de la définition de la pratique avancée des infirmiers

Les informations essentielles qui ressortent de cette définition internationale sont les suivantes :

- Les infirmiers en pratique avancée ont des compétences cliniques supérieures à celles des infirmiers « classiques ».
- Grâce à ces compétences cliniques approfondies, ils seront en mesure d'établir des décisions complexes dans des situations où habituellement ils ne sont pas autorisés à prendre des décisions.
- La pratique avancée ne s'établit pas dans tous les domaines, mais dans des champs d'expertise précis et connus.

3 - Ce qu'implique cette définition officielle

3.1 – Qu'est-ce qu'une compétence professionnelle ?

La compétence professionnelle est un ensemble comprenant les connaissances théoriques - le Savoir et les Pratiques (Savoir-être et Savoir-faire) - dans un contexte ou domaine délimité.

Un professionnel compétent (ou une personne disposant d'une compétence professionnelle) est donc un individu qui par sa formation théorique et pratique ainsi que

par son expérience professionnelle est en mesure d'assurer des tâches nécessitant cet ensemble de connaissances que l'on nomme « compétence ».

3.2 – Qu'est-ce qu'une compétence clinique ?

Nous avons vu précédemment ce qu'était une compétence professionnelle et que celle-ci s'inscrivait dans un domaine délimité. Toutefois, cette définition est large et par conséquent ne suffit pas pour préciser notre propos. En effet, le domaine de compétence qui nous intéresse est précis : celui de la clinique.

Selon l'Académie Française de Médecine, la clinique est « la partie de la médecine qui se consacre à l'observation directe des malades ».

Dès lors, une compétence clinique pourrait se définir comme l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'observation directe des malades, en vue de prendre en charge leurs maux.

3.3 – Prise de décision complexe

Nous avons vu précédemment qu'un infirmier en pratique avancée doit présenter des compétences cliniques et que celles-ci doivent lui permettre de faire face à un certain nombre de situations complexes.

Toutefois, cette définition ne précise pas le type de situation complexe et finalement les limites du champ d'action de l'exercice des infirmiers en pratique avancée. Une première partie de réponse se situe dans la suite de la définition à savoir : « Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer ». Il reste à définir les domaines dans lesquels les IPA vont évoluer.

D'autre-part, quelles sont les connaissances nécessaires supplémentaires que se doit de tenir un IPA, en opposition avec un infirmier classique, afin de répondre à cette situation complexe ?

La définition internationale de l'infirmier en pratique avancée est insuffisante pour répondre à cette question.

II – L’infirmier en pratique avancée : Une profession méconnue en France mais déjà ancrée dans certains pays du monde.

En 2010, L’Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) a effectué un vaste travail de recensement (1) des différentes pratiques avancées des infirmiers dans 12 pays membres. Ce travail avait pour objectif de faire une mise au point sur les modalités de fonctionnement, de formation et de résultats des IPA afin de permettre la mise en place de cette pratique avancée dans d’autres pays mais aussi d’améliorer son fonctionnement dans les pays où cette fonction avancée de l’infirmier était déjà instaurée.

En France, ce travail a été un des éléments clés pour le Pr. Berland dans son rapport de Janvier 2011 concernant le développement de la pratique avancée des infirmiers dans l’hexagone.

1 – États Unis

Aux États-Unis (2), la formation des infirmiers est calquée sur le système *Bachelor-Master-Doctorat* (équivalent au système « Licence-Master-Doctorat » français). Les étudiants infirmiers doivent par conséquent réussir un niveau *Bachelor* (équivalent de la Licence) et un Master. Le niveau Doctorat n’existe pas encore pour les soins infirmiers. Après l’acquisition du niveau Master, il est possible de passer un examen pour devenir « *Advanced Practices Registered Nurses* » (ou « APRN »). Quatre types d’APRN existent à ce jour :

- *Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)*
- *Certified Nurse Midwife (CNM)*
- *Clinical Nurse Specialist (CNS)*
- *Nurse Practitioners (NP)*.

A l’issue de ces examens, un ensemble de possibilités s’offrent aux étudiants afin de se spécialiser, ou non, dans un domaine de compétence (Pédiatrie, Gynécologie-Obstétrique, Gériatrie, Soins Infirmiers dans le domaine scolaire, Soins primaires, etc...)

(1)

La principale différence entre les Nurse Practitioners et les autres APRN, est leur autonomie d’exercice (variable d’un état à l’autre) et surtout leur implication dans les

soins primaires (à la différence des autres APRN qui exercent principalement dans des établissements de santé). De plus, les NP sont davantage investis sur le terrain (bilan initial, diagnostic et traitement) que les autres APRN dont les objectifs principaux sont plus axés sur la prévention, la gestion et la promotion des soins apportés aux patient. Dès lors, les NP peuvent être comparés à des « mini-médecins ». (1)

Aux États Unis, les Infirmiers en pratique avancée existent depuis les années 1960. Ils étaient initialement en charge des pathologies chroniques communes non graves (comme les infections courantes telles que les otites), et de la santé globale des enfants (*Pediatric Nurse Practitioner*) afin de laisser les pathologies plus complexes aux médecins. Progressivement, leur rôle a été revalorisé avec une autonomie progressive nécessitant toutefois une supervision du médecin sous la base de protocole indéfectible qui prévoyaient de faire appel au médecin en cas de pathologie plus complexe. A partir de 1997, les NP ont eu la possibilité de facturer auprès du Medicare. (1)

Au vu de l'évolution des besoins de santé dans le pays et à l'issu de nombreuses réformes du système de santé dans les années 2010, les infirmiers en pratiques avancées ont vu leur responsabilité professionnelle devenir plus importante avec une autonomie grandissante, comme la possibilité d'exercer en parfaite autonomie sans supervision médicale (2), et un élargissement de leurs champs d'activités avec notamment en 2009 l'autorisation accordée aux NP de prescrire des médicaments de la classe des stupéfiants sous certaines conditions (1) (3).

La formation des APRN a évolué au fil du temps. Initialement sous la supervision médicale, la formation théorique et pratique des infirmiers en pratique avancée s'effectuait par certains professionnels de santé tels que les pharmaciens ou les médecins. Au fur et à mesure, l'inclusion des étudiants en soins infirmiers dans des programmes de formation académiques (type universités) a permis cette revalorisation de leur rôle. (2)

Aujourd'hui, le niveau de formation d'un APRN est celle d'un master permettant un accès à des axes de formation précis, indispensable à l'exigence de leurs responsabilités. Cependant, cette évolution dans la formation des infirmiers en pratique avancées ne s'arrête pas à ce stade. En effet, des discussions portant sur l'éventualité d'instaurer un doctorat en pratique infirmière (*Doctor of Nursing Practice*) sont en cours. (2)

Aux États Unis, 40% des cabinets de soins primaires emploient des NP. (3)

2 – Canada

Au Canada, le rôle des infirmiers en pratique avancée est comparable à celui des APRN aux États-Unis mais reste beaucoup moins fluide. En effet, des manquements sur le plan législatif induisent des difficultés de protection des statuts professionnels (3). Toutefois, comme aux USA, on peut distinguer plusieurs éléments :

- Les provinces font varier localement les champs et les capacités d'activité des Infirmiers en Pratique Avancées.
- Il existe des infirmiers spécialisés dans certains domaines même s'il n'existe pas d'uniformité de formation et de reconnaissance sur le plan national.
- Il existe beaucoup d'organismes de formation et de certification (plus de 26) qui permettent l'accès aux titres d'infirmiers en pratiques avancées. Toutefois, tous ces organismes sont sous la supervision de la *Canadian Nurses Association*, permettant ainsi une uniformité des formations suivies par les étudiants.

3 – Australie

Au début de leur mise en place, les infirmiers en Australie étaient formés par les hôpitaux. Dans les années 1980, ces formations ont été déplacées vers les établissements d'enseignement supérieur. La formation des infirmiers était ainsi supervisée par les différents états et non plus par les établissements. En 2009, la loi de santé publique (*The Health Practitioner Regulation National Law*) s'applique à tous les états et uniformise les responsabilités des professionnels de santé sur tout le territoire. Ainsi, même si la gestion des soins reste sous la juridiction des états australiens, chaque professionnel de santé exerce son activité dans un cadre législatif délimité nationalement. (3)

Dans les années 2000, les premiers infirmiers en pratique avancée sont mis en place (1). On distingue actuellement deux types d'infirmiers en pratique avancée :

- **Infirmier clinicien consultant (*Advanced Practice Nurse - APN*)** qui sont des infirmiers exerçant des consultations infirmières avancées notamment sur le plan du diagnostic. Ces APN ont également la possibilité de prescrire un ensemble de traitements médicamenteux uniquement sous la supervision d'un médecin.

- **Les infirmiers Praticiens (*Nurse Practitioner - NP*)** présentent les mêmes possibilités que les APN, mais à un niveau plus poussé et avec une autonomie quasi-complète (la prescription de médicament, d'imagerie ou l'orientation d'un patient à un spécialiste se fait sans supervision médicale).

Sur le plan de la formation, le programme de base de la formation des infirmiers en pratiques avancées est accrédité par une organisation nationale (*The Australian Nursing and Midwifery Accreditations Council*) jusqu'au niveau *Bachelor*, qui est le niveau minimal requis pour devenir un infirmier en pratique avancée. Au-delà de ce niveau de *Bachelor*, les formations de spécialisation dans un domaine de compétence font l'objet d'accord entre les universités et les employeurs. (2)

Un infirmier ne peut se faire reconnaître en tant qu'infirmier en pratique avancée qu'après trois années d'expériences sur les six dernières années. Même si le niveau *Bachelor* suffit, la plupart des infirmiers en pratique avancée détiennent un certificat de spécialité et/ou un niveau *Master*. (2)

4 – Royaume-Uni

Au Royaume Uni, les soins de santé sont gérés par un service unique créé en 1948 : *The National Health Service (NHS)*. Au départ, le NHS ne reconnaissait les médecins généralistes (*General Practitioners*) comme étant les garants des soins de santé en soins primaires (4). Depuis le développement de services téléphoniques gérés par des infirmiers (*NHS Direct*) ou des centres de soins pour pathologies simples (*NHS Walk-in Centres*) à partir des années 1970, le modèle a évolué.

Dès lors, le champ d'application de la médecine générale s'élargit pour inclure le travail précédemment effectué dans les hôpitaux. La gestion des maladies chroniques et la promotion de la santé, la pratique générale doivent devenir de plus en plus efficace, transparente et responsable. Parallèlement, la pratique de la médecine générale aspire progressivement, et ce depuis les années 60, à une médecine dite « biographique ». Cette approche de la médecine générale met l'accent sur la consultation centrée autour du patient et de son environnement bio-médico-social, et non plus sur une prise en charge « pathologie orientée ». (5)

Le point de bascule de l'arrivée de la pratique avancée des infirmiers remonte aux années 90 où les médecins généralistes étaient amenés à signer des contrats à des infirmiers

pour exercer des tâches simples comme les examens cliniques de routine de patients atteints de pathologies chroniques, les campagnes de vaccination ou encore les dépistages du col de l'utérus. Cette nouvelle collaboration entre médecins généralistes et infirmiers a permis de palier à l'élargissement du temps de travail de la médecine de ville (4).

Aujourd'hui les IPA (*Practice Nurse* et *Nurse Practitioners*) permettent aux médecins de déléguer les soins courants de pathologies (prise en charge de pathologies simples ou soins de routine de pathologie chroniques). On retrouve également le développement d'infirmiers en pratique avancée dans les établissements hospitaliers, dont nous ne développerons pas les champs de d'activité dans le cadre de cette thèse (4).

Toutefois cette pratique avancée, n'est pas standardisée comme dans d'autres pays. En effet, le titre de « *Nurse Practitioner* » découle de formations effectuées après l'obtention de leur grade d'infirmier, mais n'est pas reconnu en tant que tel. (4)

5 – Autres pays non anglo-saxons

Il existe d'autres modèles de pratique avancée que ceux existant dans les pays anglo-saxons :

- **A Chypre**, le rôle des IPA est davantage lié à la prévention et le suivi de patient dans des domaines spécifiques (diabète, suivi de la mère et de l'enfant, addiction) mais sans prescription médicamenteuse ou d'examen complémentaire (1).
- **En Finlande**, la pratique avancée consiste également en une activité de prévention avec des consultations somatiques et psychologiques avancées mais aussi la possibilité de prescrire des examens d'imagerie et, depuis 2010, d'un nombre restreint de médicaments (1).
- **Au Japon**, les infirmiers jouent un rôle classique mais peuvent se spécialiser dans certains domaines (comme l'oncologie, la santé mentale, les soins intensifs...) mais ils ne peuvent en aucun cas émettre de diagnostic ou effectuer des prescriptions thérapeutiques. (1)

III – Et en France ?

1 – Chronologie des dispositifs législatifs et expérimentales ayant abouti à la mise en place de la pratique avancée des infirmiers telle qu'on la connaît aujourd'hui en France.

1.1 – Gouvernement Chirac : Les prémices

- Mars 2003 : Une **mission d'étude et de propositions** (6) est confiée au Pr. Yvon Berland par le ministre en charge de la santé, de la famille et des personnes handicapées (Jean-François Mattei) pour l'amélioration des soins de santé. Cette mission consiste dans un premier temps à **répertorier et à analyser les initiatives d'autres pays** à propos de la collaboration interprofessionnelle et dans un deuxième temps **d'en tirer des expérimentations à réaliser** afin d'en **analyser les possibilités de mise en place** ou non dans le système français.

- Octobre 2003 : **Rapport d'étape rendu** (6) par le Pr. Yvon Berland. Il en ressort dans un premier temps les modes de fonctionnement des différents pays, à savoir la **présence de pratique avancée des infirmiers** que le Pr. Berland qualifie de « délégation des tâches » et des résultats qu'elle rencontre dans différents pays. Il en déduit les possibilités d'une nouvelle organisation sur le territoire français avec notamment **l'instauration des « infirmiers cliniciens spécialistes »**. Ces infirmiers seraient amenés à effectuer certaines tâches dans plusieurs domaines de la médecine, notamment en soins primaires, **dans l'optique de libérer du temps aux médecins en restant toujours sous la responsabilité de ces derniers.**

- 9 Août 2004 : Mise en place de la **loi d'orientation en Santé Publique** (7) qui consiste, en **100 objectifs de santé publique à atteindre**, à redéfinir, restructurer et évaluer les politiques de santé en France. **L'article 131** de cette loi prévoit la **mise en place d'expérimentation dans le but d'évaluer cette coopération entre professionnels de santé.**

- 13 Décembre 2004 : **Premier arrêté d'application de l'article 131** de la loi du 9 Août 2004 concernant 5 des 10 expérimentations proposées dans le rapport d'étape d'Octobre 2003. Ces 5 expérimentations se sont déroulées au cours de l'année 2005 et les résultats ont été présentés lors d'un nouveau rapport en Juin 2006.

- 30 Mars 2006 : **Deuxième arrêté d'application de l'article 131** de la loi du 9 Août 2004 concernant 10 expérimentations nouvelles et 3 expérimentations renouvelées.

- Juin 2006 : **Nouveau rapport du Pr. Yvon Berland concernant les 5 expérimentations** (8) mis en place suite à l'arrêté de Décembre 2004 qui indique « **qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients**, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins ».

1.2 – Gouvernement Sarkozy : Loi HPST

- Avril 2008 : Le ministre en charge de la santé confie à la Haute Autorité de Santé un **travail de suivi et d'évaluation de ces expérimentations** (9) (Décrets d'application du 13 Décembre 2004 et du 30 Mars 2006) afin de rédiger des recommandations.

Ce travail abouti à trois grands chapitres de recommandations :

- **Développer l'offre de formation** pour les professionnels de santé.
- **Redéfinir le cadre juridique de l'exercice** des professions de santé.
- **Adapter les modalités de financement** et de rémunération.

- 22 Juillet 2009 : **La loi HPST** (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) est promulguée (10). Cette loi permet une **modification des définitions des structures et acteurs du système de santé ainsi que des modifications de l'organisation et les modalités de fonctionnement** de celui-ci. Parmi les nombreux points qu'aborde cette loi, **l'article 51** en particulier, mentionne la **coopération entre les différents professionnels de santé et l'incitation à ce mode de fonctionnement** via l'utilisation de protocoles. Ce système permet ainsi d'assouplir les rôles fixes et ancestrales qui existaient jusque-là.

- Janvier 2011 : Deux ans après l'introduction de la loi HPST, la ministre en charge de la santé (Mme Roselyne Bachelot) souhaite approfondir cette collaboration entre professionnels de santé. Pour cela, elle charge Laurent Hénart et Yvon Berland de faire un **nouveau rapport sur la situation de la coopération médicale et paramédicale** (11) et d'en extraire des possibilités d'amélioration. Le constat qui ressort de ce rapport est une **certaine rigidité de l'organisation des soins et des formations en santé** qui, malgré la loi HPST qui a initié cet assouplissement, ne favorise pas encore parfaitement cette collaboration entre acteur de soins. Dès lors, quatre thèmes ressortent dans les

propositions présentées dans ce rapport :

- **Une priorité** : Mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé par :

- l'introduction d'une « démarche métier », soit penser un métier non pas comme un diplôme mais comme un ensemble de compétences à acquérir, compétences guidées par les besoins de la population.

- le confort des métiers socles, soit ne pas détruire le système préexistant pour en construire un nouveau, mais s'appuyer sur les métiers existant pour en extraire les compétences requises et rentrer ainsi dans cette « démarche métier ».

- **Une nouveauté** : Créer des professions de santé de niveau intermédiaire

- **Une méthode** : Adopter un système rigoureux de validation en intégrant notamment des programmes nationaux de formation basées sur les rapports antérieurs de l'ONDPS et de la HAS. Dans ces rapports est abordée la possibilité de mise en place de paramédicaux praticiens dont les capacités d'évaluation médicale, de possibilités de prise d'initiative seraient majorées. Ces possibilités sont complétées par une proposition d'encadrement de ces mesures, sur le respect du parcours de soin et de la notion de responsabilité associée à une mise en place progressive de ce nouveau fonctionnement.

- **Une nécessité** : Intégrer les formations à l'enseignement supérieur par la mise en place, entre-autres, d'un système universitaire commun (*Système Licence, Master, Doctorat*).

1.3 – Gouvernement Hollande : Le Pacte Territoire-Santé

- Décembre 2012 : Le **Pacte Territoire-Santé 1** (12) est mis en place sous la tutelle de la ministre en charge de la santé sous le gouvernement Hollande, Mme Marisol Touraine. Ce pacte regroupe un **ensemble de 12 engagements permettant en théorie un meilleur accès aux soins**, notamment dans les déserts médicaux. Parmi ces 12 engagements, **l'engagement n°8 promet l'accélération du transfert de compétence** et présente comme objectifs l'amélioration du suivi des maladies chroniques ainsi que la facilitation de l'accès aux soins. Parmi les mesures permettant de respecter cet engagement, **on retrouve le déploiement du protocole ASALEE sur l'ensemble du territoire de santé**, permettant ainsi une coopération médecin-infirmier dans le dépistage des troubles de l'addiction au tabac et le suivi des pathologies chroniques comme le diabète ou les troubles cardio-vasculaires.

Novembre 2015 : Le **Pacte Territoire-Santé 2** est mis en place par Mme Marisol Touraine. Il s'agit, comme le Pacte Territoire-Santé 1, d'un ensemble de **10 engagements permettant aux français un meilleur accès aux soins**. Ce deuxième volet de plan de santé du gouvernement Hollande, ne présente **pas de nouveauté concernant le développement de la fonction des infirmiers**. Il consiste en la **consolidation du protocole ASALEE à travers l'engagement n°10** (13) avec un financement de 100 postes supplémentaires d'infirmiers ASALEE ainsi que de la mise en place des ESP (Équipes de Soins Primaires). On notera également la **possibilité de création des CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)** à partir de cette loi Pacte Territoire Santé 2.

Janvier 2016 : Marisol Touraine instaure la « **Loi de Modernisation de notre système de Santé** » ou **loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016** (14) composée de 19 mesures phares réparties en 3 axes. La mesure n°11 (« *Élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique* ») reconnaît pour la première fois le terme d'infirmier en pratique avancée (ou infirmier clinicien) à travers l'article L 4301-1 du Code de la Santé Publique. Toutefois, aucun décret d'application de cette loi n'a été promulgué dans les suites immédiates de cette loi.

1.4 – Gouvernement Macron : Ma Santé 2022 et Le Ségur de la Santé

- Juillet 2018 – Dans le cadre du **plan « Ma santé 2022 »**, Agnès Buzyn, Ministre des santés et des solidarités **instaure 2 décrets d'application de la loi n°2016-41** (15,16) formalisant ainsi le **Diplôme d'État de l'infirmier en pratique avancée** ainsi que **l'exercice de la pratique avancée infirmier dans 3 mentions** : les pathologies chroniques stables, l'oncologie et oncohématologie ainsi que les maladies rénales chroniques, la dialyse et la transplantation rénale.

Sont également mis en place, **3 arrêtés (17–19) fixant les conditions** d'accès à la formation, les listes des actes techniques, de suivi et de prévention ainsi que les listes des pathologies chroniques pouvant être pris en charge par les IPA.

La mise en place définitive des infirmiers en pratique avancée est désormais en vigueur.

- Septembre 2018 : C'est dans ce cadre que se met en place les **premières formations au sein des universités** participantes dès la rentrée universitaire de Septembre 2018, soit 2 mois après la publication des textes officiels.

- Juin 2019 : **Première intégration des IPA au sein des soins primaires**. Ces IPA sortis « avant les autres » sont le fait des possibilités d'intégration des VAE (Validation des Acquis de l'Expérience). (20)

- Août 2019 : Les textes de Juillet 2018 sont complétés par **2 décrets (21,22) et 3 arrêtés (23,24)** précisant certaines modalités de prise en charge et de fonctionnement mais également promulguant **une 4^{ème} mention** : La Psychiatrie et la Santé Mentale.

- Novembre 2019 : Création de **l'Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée (ANFIPA)**. (25)

- Juin 2020 : Intégration des **première promotion d'IPA, issues de la formation intégrale, au sein des structures de soins**.

- Juillet 2020 : Au cours de la crise sanitaire liée à la pandémie du Cov-Sars 2, le nouveau ministre de la santé et des solidarités, Olivier Véran instaure, à l'issu du premier confinement national en Mai 2020, **le plan de santé « le Ségur de la Santé »**. Les conclusions sont présentées en Juillet 2020. Parmi les piliers, le ministre prévoit **l'accélération de la mise en place des infirmiers en pratique avancée** avec notamment 3000 IPA en 2022 et 5000 en 2030. (26)

2 – La profession d’Infirmier en Pratique avancée en France

A partir de 2018, année de mise en place des décrets d’application de la loi n°2016-41 et par conséquent du début de formation des IPA, nous pouvons déjà effectuer une première description de la pratique avancée en France.

2.1 – Champs et forme de l’activité

2.1.1 – Sur le plan général

En 2020, année de sortie officielle des premières promotions d’IPA, ce sont donc quatre mentions de formation et de champs d’activité qui existent :

- Pathologies chroniques stables
- Oncologie et oncohématologie
- Maladies rénales chroniques, la dialyse et la transplantation rénale.
- Psychiatrie et la santé mentale.

Une mention « Urgences » est en cours de construction et la société française de Gériatrie a effectué une proposition de référentiel en Décembre 2020 pour la création de la mention « Gériatrie (IPAG) ». (27)

Les IPA pourront dès lors exercer en cabinet de ville (au sein d’une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin ou en assistance d’un médecin spécialiste) ou à l’hôpital au sein d’une équipe de soin coordonnée par un médecin. (28)

2.1.2 – En pratique (28)

L’IPA exercera dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suivra des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients.

Il verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par l’équipe.

L’IPA discutera du cas des patients lors des temps d’échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l’équipe.

Il reviendra vers 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.

2.2 – Formation

La formation décrite ci-dessous se base sur les renseignements issus de la formation telle qu'elle est dispensée par l'université de Montpellier-Nîmes et se base sur les programmes de l'année universitaire 2020-2021.

Des variations peuvent par conséquent survenir d'une année de formation à l'autre ainsi que d'une université à l'autre.

2.2.1 – Accès à la formation

L'accès à la formation « DE-IPA » est possible en formation initiale ou en formation continue.

Toutefois, l'exercice de la pratique avancée en tant qu'infirmier en pratique avancée diplômé d'état (IPADE) nécessite trois années d'exercice professionnel en tant qu'infirmier diplômé d'état (IDE).

2.2.2 – Contenu de la formation

Prévue sur 2 années consécutives, cette formation universitaire permet l'accès à un grade de « master » tel qu'il est conçu dans le système universitaire français : Licence, Master et Doctorat.

Cette formation permet donc à la profession infirmier de pouvoir accéder à ce grade universitaire, les formations initiales des IDE étant effectuée hors système universitaire via les IFSI.

Le programme de la formation s'articule autour de 10 Unités d'Enseignements (ou UE) dont font partie la clinique (pour 2 Unités d'Enseignements : UE 1 et UE 6), La recherche (UE 9) et l'Éthique / Responsabilité (UE 3). La liste complète des UE est disponible en Annexe 1.

Au cours de ces deux années de formation, l'étudiant IPA effectuera, dans le cadre de la première année un tronc commun à toutes les mentions puis choisira sa mention en deuxième année.

2.2.3 – Compétences acquises

Sans rentrer dans les détails des compétences à acquérir à l'issu de cette formation de 2 ans, ce sont 57 compétences qui sont recensées et regroupées au sein de 6 thématiques :

1. Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées
2. Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
3. Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
4. Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

L'ensemble des compétences à acquérir au cours de cette formation est disponible en Annexe 2.

3 – Mise en pratique

Le schéma disponible en Annexe 5 résume la mise en pratique de la collaboration médecin généraliste et IPA dans le cadre des soins primaires

3.1 - Le médecin généraliste : principal acteur de la pratique avancée de l'infirmier dans les soins primaires

A l'issu des quelques informations retrouvées, nous pouvons donc apercevoir que l'implication du médecin généraliste dans cette collaboration est importante. Dans le cadre des soins primaires le médecin jouera ainsi un rôle de coordination pour permettre à l'IPA d'exercer son activité. Le médecin généraliste devra ainsi :

- Donner son accord et s'assurer de celui du patient
- Confier une partie de la patientèle à l'IPA
- Discuter et échanger dans le cadre de sa coordination avec l'IPA sur les tâches effectuées par l'IPA et établir des protocoles de collaboration.
- Prendre le relais de la prise en charge du patient lorsque les limites du champ de compétences de l'IPA sont atteintes et quand l'IPA reviendra vers lui par souhait et/ou par mention dans les protocoles de collaboration.

Au vu de ces informations et à la lumière de l'ensemble des notions et concepts dans la littérature concernant la pratique avancée, plusieurs problématiques se posent :

- **Existe-t-il une réglementation sur la mise en place telle qu'elle est définie par le gouvernement ?**
- **Quelle est le point de vue des médecins généralistes français sur cette collaboration qui semble les impliquer pour une grande partie ?**

Dans le cadre de la pratique des soins primaires, la mention « pathologies chroniques stables » semblent être la mention la plus en lien avec la pratique de la médecine générale, la suite de cet exposé se concentrera dès lors sur cette unique mention.

3.2 – Une mise en place qui conserve des zones d'ombre

Au vu des éléments précédemment cités, certaines réglementations sont déjà prévues pour la mise en place de l'exercice de l'infirmier en pratique avancée dans le cadre des soins primaires.

En effet, l'organisation concernant la formation et l'acquisition des compétences de l'infirmier semblent être suffisamment précises pour permettre sa mise en place.

Concernant la pratique de l'IPA, un ensemble d'arrêtés instaurés en 2018 et 2019 en précisent les contours :

Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées (17) :

- accident vasculaire cérébral
- artériopathies chroniques
- cardiopathie, maladie coronaire
- diabète de type 1 et diabète de type 2
- insuffisance respiratoire chronique
- maladie d'Alzheimer et autres démences
- maladie de Parkinson
- épilepsie.

Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice l'infirmier en pratique avancée (18).

Cette liste bien que précise et exhaustive par endroit présente toutefois des zones d'ombre, notamment en ce qui concerne la prescription infirmière, qui se réfèrent à des « procédures écrites établies par le médecin ».

Ces procédures ne sont pas présentes, ni définies dans la législation. L'ARS PACA a essayé de mettre en place des protocoles et fiche de poste « type » (29), mais ces procédures restent évasives et sont à adapter localement.

IV – Contexte

1 – Problématique

Au vu des repères que nous avons en notre possession, force est de constater que les médecins généralistes libéraux sont les professionnels de santé qui seront en première ligne concernant ce nouveau fonctionnement collaboratif au sein des soins primaires.

Après lecture de la littérature, il n'a pas été relevé d'article scientifique permettant de mettre en évidence les opinions des médecins généralistes impliqués dans cette nouvelle mesure en France.

Dès lors, Il est apparu intéressant de mettre en évidence les déterminants d'une bonne collaboration médecin généraliste et infirmiers en pratique avancée au sein du système de soin français.

2 – Objectif Principal

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les opinions d'un échantillon d'une population de professionnels de santé (les médecins généralistes d'Occitanie) sur un sujet innovant en France : l'introduction des infirmiers en pratique avancée sur le territoire français.

I – Critères d'inclusion

Le choix de la population cible s'est porté sur les médecins généralistes libéraux exerçant en Occitanie. Ce choix de territoire géographique a été décidé par commodité de réalisation de ce travail de thèse. En effet, celle-ci étant réalisée au sein de la faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, il semblait pertinent de se concentrer sur une population cible facile d'accès, permettant dès lors un recrutement plus aisé.

De plus, le choix de médecin généraliste exerçant en libéral semblait également un élément déterminant pour l'inclusion des participants ; la pratique libérale entraîne de manière inexorable une certaine pression à la fois financière et professionnelle sur les médecins généralistes. Dès lors, nous sommes partis du postulat que la mise en place de la pratique avancée des infirmiers en soins primaires induirait un impact potentiellement plus important sur cette pratique libérale. Les médecins participants seraient plus à même d'analyser les conséquences de l'arrivée de ces nouveaux professionnels de santé dans le paysage sanitaire.

Ainsi, tout médecin généraliste exerçant une activité de médecine générale en libéral au sein de la région Occitanie était considéré comme inclus dans l'étude.

Dans ce cadre, il a été également intégré, les médecins remplaçants lors d'un exercice professionnel en Occitanie sous condition d'au moins une année d'expérience en tant que médecin généraliste remplaçant.

Toutefois, dans l'idée d'une représentation la plus fidèle de la population cible et ainsi éviter d'étudier une vision étroite portée par une seule catégorie de médecins généraliste, il a été porté une attention particulière lors du recrutement à l'équilibre des éléments suivants :

- Le sexe des participants.
- L'âge des participants
- Le mode d'exercice : seul ou en structure de groupement professionnel.
- L'environnement d'exercice selon le zonage ARS : Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP), Zone d'Action Complémentaire (ZAC), ZV (Zone de Vigilance) et Hors Viviers.

Le critère d'inclusion « Parentalité » initialement pris en compte dans les critères d'inclusion a ensuite été retiré au vu de sa non-pertinence au sein de l'étude.

II – Critères de non-inclusion.

Les critères d'exclusions correspondaient lors du recrutement aux éléments suivants :

- Médecins généralistes n'exerçant pas en libéral.
- Médecins n'exerçant pas une activité de médecin généraliste.
- Médecins généralistes n'exerçant pas au sein de la région Occitanie.

III – Recrutement.

Les médecins généralistes respectant les critères d'inclusions et de non-inclusion précédemment décrits ont été contactés selon plusieurs canaux de recrutement :

- Diffusion par groupe de mailing via le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) du Service Département d'Incendie et de Secours de l'Aveyron (SDIS 12).
- Diffusion par groupe de mailing via le Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes.
- Bouche à Oreille

Le contact initial avec les participants a été effectué par le biais d'un questionnaire informatisé permettant le recueil d'informations relatives aux caractéristiques du patient. Par la suite, le questionnaire portait sur des questions relatives à l'exercice professionnel actuel du médecin participant.

Enfin, les dernières questions permettaient d'avoir une approche globale de la connaissance effective du médecin participant concernant la pratique avancée des infirmiers.

A l'issue de ce questionnaire, le participant avait la possibilité de donner ses disponibilités afin d'accéder à la deuxième phase de l'étude, l'entretien du médecin participant.

Une fois le questionnaire informatisé rempli, nous avons recueilli les informations fournies par le médecin participant et nous l'avons contacté à nouveau par mail afin de lui proposer un rendez-vous en accord avec ses disponibilités. Un lien de visioconférence via une plateforme informatisée a été proposé à chaque médecin participant accompagné d'un document explicatif de l'utilisation de la plateforme.

IV – Entretiens des médecins participants

Cette étude qualitative a été pensée pour être réalisée sous la forme de focus-group en présentiel. Cette méthode de regroupement des idées semblait en effet la méthode la plus pertinente du fait de la richesse des idées construites à l'issue des échanges directs entre les participants d'opinions divergentes.

Toutefois, le protocole sanitaire français mis en place à partir du mois de Mars 2020 lors de la pandémie de Covid19 a induit une impossibilité d'échange en présentiel en groupe. Il a fallu dès lors trouver une solution alternative. La solution consistant à effectuer ces focus group sous la forme de visio-conférence semblait une alternative réalisable mais les particularités techniques liées à la visioconférence (coupure des micros des intervenants pour une bonne intelligibilité de l'intervenant principal, l'effet Larsen de par la pluralité des intervenants au cours d'un même focus group, les difficultés diverses de connexion...) nous ont semblé en rupture avec cette idée de spontanéité des échanges entre les participants qui était la principale raison du choix du Focus Group.

Cette étude a donc été réalisée par le recueil des verbatim lors d'entretiens individuels semi-dirigés, favorisant ainsi un échange avec les participants, certes moins nombreux mais, de meilleure qualité. Ces entretiens semi-dirigés ont été effectués via une plateforme informatisée : la plateforme ZOOM® ou en présentiel par enregistrement audio quand les conditions le permettaient.

Précédant ces entretiens, nous avons effectué une phase test du questionnaire (Annexe 4) et des entretiens auprès de 3 participants « tests » ne correspondant pas aux critères d'inclusion, l'objectif étant de s'assurer de la longueur et de l'intelligibilité des questions à poser lors de l'entretien. Cette phase test a permis notamment une adaptation du temps d'entretien, qui ne devait pas dépasser 30 minutes, temps au-delà duquel les participants exprimaient une redondance des propos et des hésitations plus marquées associées à une lassitude qu'ils verbalisaient à l'issue de l'entretien.

Le guide d'entretien final est le suivant :

Question 1 - Pour vous, qu'est-ce qu'un infirmier en pratique avancée en soins primaires ?

Question de relance :

- Pour quelles raisons selon vous la pratique avancée des infirmiers a été instaurée en France ?

Question 2 - Comment envisagez-vous une collaboration entre vous et une IPA ?

Questions de relance :

- Dans quelles mesures la délégation des tâches à une IPA serait facile ou difficile à accepter ?

- Dans quelles mesures la prise en charge par IPA impacterait-elle la fonction du médecin généraliste ?

Question 3 - Dans quelles mesures la prise en charge d'une IPA ferait évoluer la relation entre vous et votre patient ?

Question de relance :

- Quelle serait la vision de vos patients concernant cette collaboration ?

Question 4 - Dans quelles mesures votre propre vision de la médecine générale changerait-elle avec l'introduction de collaboration telle que la collaboration MG-IPA en médecine générale ?

Question 5 – Avez-vous des éléments à rajouter ?

V – Recueil des données.

Chaque entretien individuel était enregistré sous format MP3 ou MP4 (selon si l'entretien s'effectuait effectivement via la plateforme ZOOM® ou en présentiel quand c'était possible). Cet enregistrement a été réécouté et retranscrit manuellement à l'aide de l'outil en ligne « Otranscribe » (<https://otranscribe.com/>) sous fichier WORD® individualisé.

L'ensemble des verbatim est disponible sur le support informatique (CD ou clé USB) joint à la version papier de cette thèse.

VI – Analyse des données

Une fois la retranscription de l'entretien semi-directif effectuée, nous avons effectué une analyse thématique des verbatim recueillis, et ce au fur et à mesure des entretiens selon la méthode d'analyse suivante :

- Dans un premier temps, chaque verbatim a fait l'objet d'une analyse de contenu et de catégorisation.
- Dans un second temps, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens semi-directifs, un recouplement des thèmes a été mis en place ainsi qu'un regroupement de certains

donnant naissance à des sous-thèmes. Le regroupement final a permis la mise en place d'une matrice d'analyse thématique.

- Enfin, à chaque nouvel entretien, l'analyse des différents thèmes présents au sein de la matrice d'analyse permettait de définir à partir de quel entretien la récolte des données arrivait à saturation.

La matrice d'analyse des données est disponible sur le support informatique (CD ou clé USB) joint à la version papier de cette thèse.

VII – Fin de l'étude.

La décision de l'arrêt des entretiens a été prise lorsque ces derniers arrivaient à saturation des données (soit 18 entretiens).

Deux entretiens de verrouillage ont été effectués à l'issue de la validation de l'ensemble des conditions présentes ci-dessus.

Au total, 20 médecins généralistes participants ont été interrogés et intégré dans les résultats.

RESULTATS

Du 26 Février 2021 au 08 Avril 2021, nous avons recruté 21 médecins participants et en avons interrogé 20, un médecin généraliste (MG n°11) ayant rempli le questionnaire en ligne mais n'ayant pas pu effectuer l'entretien. Il a donc été retiré de l'étude.

Les caractéristiques des médecins participants sont représentées ci-dessous et en Annexe 3 :

	Sexe	Âge	Enfants	Département	Zonage	Activités annexe	Seul ou Groupe ?	La structure où vous exercez accueil :	Durée Entretien
1	Femme	35	Non	Aveyron	ZAC	Non	Remplaçant	/	19min32
2	Homme	66	Oui	Lozère	ZIP	MSU, MCS et MSP	Groupe	MG, Autres	17min32
3	Femme	38	Oui	Lozère	ZIP	MSU, MCS	Groupe	MG, Autres	18min59
4	Femme	37	Oui	Lozère	ZAC	MSU, MSP	Groupe	MG, MS, IDE, ASALEES, Autres	21min05
5	Homme	31	Oui	Hérault	ZIP	MSU	Groupe	MG, IDE, Autres	24min17
6	Homme	63	Oui	Aveyron	ZAC	MSU	Seul	/	23min52
7	Femme	29	Oui	Lozère	ZIP	MCS	Groupe	MG, IDE, ASALEE, Autres	17min28
8	Femme	34	Non	Aveyron	ZAC	Non	Groupe	MG, IDE, Autres	16min06
9	Femme	31	Oui	Pyrénées Orientales	HZ	MSU	Groupe	MG, MS, IDE, ASALEE, IPA, Autres	20min34
10	Homme	73	Oui	Aveyron	ZAC	MSU	Groupe	IDE, Autres	23min28
12	Homme	50	Oui	Lozère	ZIP	MSU, MCS	Groupe	MG, Autres	21min15
13	Homme	50	Oui	Aveyron	ZAC	MSU	Groupe	MG	24min42
14	Homme	64	Oui	Gard	18ù	MSU	Groupe	MG, IDE, Autres	18min52
15	Femme	61	Oui	Gard	HZ	MSU, Coordinateur EHPAD	Groupe	MG, IDE, Autres	24min58
16	Femme	37	Oui	Lozère	ZIP	MCS	Groupe	MG, Autres	16min25
17	Femme	36	Oui	Aveyron	ZAC	MCS, MSP	Groupe	MG, IDE, Autres	14min44
18	Femme	63	Oui	Aveyron	ZAC	MSP, Addictologue	Groupe	MG, MS, IDE, ASALEE, Autres	16min16
19	Femme	53	Oui	Gard	HZ	MSU	Groupe	MG, IDE, Autres	19min05
20	Femme	36	Oui	Aveyron	ZAC	MSU, MSP	Groupe	MG	19min06
21	Femme	54	Oui	Gard	HZ	Non	Groupe	MG, IPA, Autres	15min43

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire, ZAC : Zone d'Action Complémentaire, HZ : Hors Zonages (ou Hors Viviers), MSU : Maître de Stage Universitaire ; MCS : Médecin Correspondant SAMU ; MSP : Médecin Sapeur-Pompier ; MG : Médecin Généraliste ; IDE : Infirmier Diplômé d'État ; MS : Médecin Spécialiste ; ASALEE : Infirmier ASALEE

I – Qu'est-ce qu'un IPA en soins primaires ?

Cette première question d'introduction avait pour objectif d'exposer les connaissances que détenaient les médecins participants à propos de l'infirmier en pratique avancée. Nous avons pu établir à partir de ces connaissances quatre thèmes :

- **Définitions d'un IPA**
- **Formation de l'IPA**
- **Rôles des IPA au sein des soins primaires**
- **Facteurs favorisant l'introduction de la pratique avancée en France.**

1 - Définitions de l'infirmier en pratique avancée

Les médecins interrogés nous ont fait part d'un ensemble de définitions se recoupant ou se contredisant parfois. Pour eux, un IPA peut se définir comme :

Un infirmier que l'on retrouve dans d'autres pays du monde, dont la formation a été initialement pensée pour l'hôpital et visualisé comme un « outil supplémentaire » pour la prise en charge du patient permettant d'approfondir celle-ci :

MG n°3 : « Je sais que c'est quelque chose qui existe dans d'autres pays notamment en Amérique du Nord. »

MG n°14 : « Il y a des expériences qui existent dans d'autres pays, Québec, USA, des pratiques avancées et vraisemblablement les IPA sont les premiers à aller vers cela »

MG n°21 : « Pour moi il y a 2 versants. Il y a le côté c'est un outil supplémentaire (...) L'IPA par exemple ce que je lui demanderais, c'est de faire un examen plus complet que ce que je fais ».

Un infirmier qui a quelques années de pratique derrière lui et qui est disposé à prendre en charge des patients présentant des pathologies chroniques stables dans le cadre des soins primaires mais également dans d'autres champs d'activité :

MG n°5 : « une infirmière qui va accompagner le médecin, avec qui elle a un contrat, pour suivre les patients de sa patientèle de médecin traitant qui ont des pathologies chroniques stables »

MG n°18 : « Ce sont des IDE qui ont quelques années de pratique (...) C'est un collaborateur du médecin généraliste pour accompagner les patients en suivi chronique. »

MG n°14 : « Elles ont 4 mentions pour l'instant : Pathologies chroniques stabilisées, Onco-hématologie, Néphrologie et Psychiatrie. Et en soins primaires c'est plutôt ceux qui choisissent la mention pathologies chroniques stabilisées. »

Un infirmier permettant une prise en charge complémentaire de celle du médecin généraliste, en partenariat avec celui-ci, permettant ainsi de lui procurer une aide visant à le soulager de certaines tâches pour qu'il se consacre à d'autres activités médicales. Cette prise en charge complémentaire s'effectue sous la forme d'une délégation de tâches médicales effectuées par le médecin généraliste dans le cadre de protocoles signés avec ce dernier qui autorise l'IPA à prendre en charge une partie de sa propre patientèle.

MG n°14 : « On n'est pas complètement dans une délégation mais dans celui d'un protocole qui est signé. C'est dans le cadre de ce protocole qu'il y a une partie des actes jusque-là que nous faisons et qui pourraient être effectués par l'IPA »

MG n°3 : « ça part surtout sur une relation de confiance mais on part sur des choses cadrées sur un contrat pour pas qu'il n'y ait d'abus ou de sortie de compétence ».

Deux médecins généralistes, ayant tous deux expérimenté une collaboration professionnelle avec un IPA, expliquent que ceux-ci sont rémunérés par la CPAM sous la forme d'un forfait dépendant non pas du temps passé auprès du patient ou du type de tâche effectuée, mais du nombre de patients vus.

MG n°5 : « L'IPA est payée par la caisse (d'assurance maladie) avec un forfait. Chaque patient qu'elle voit lui attribue un forfait. Cela lui permet de créer une patientèle, une sous-patientèle à moi, et après elle est payée annuellement ou trimestriellement avec un forfait qui tombe selon le nombre de personnes qu'elle a suivi mais pas le nombre de fois qu'elle les a vues. »

DEFINITION DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

L'infirmier en pratique avancée peut donc se définir selon les médecins interrogés comme un infirmier exerçant au sein des soins primaires des activités déléguées par le médecin généraliste dans le cadre de protocoles précis, permettant ainsi une complémentarité de la prise en charge dont l'objectif principal réside dans le soulagement du médecin généraliste sur sa charge de travail.

2 – Formation des IPA

Pour les médecins interrogés, un IPA est un infirmier disposant de compétences supplémentaires vis-à-vis de celles acquises lors de sa formation initiale, secondairement à une formation supplémentaire de deux ans (soit l'acquisition d'un grade de Master), permettant dès lors d'accéder à un niveau de responsabilité plus élevé qu'un infirmier traditionnel (soit un infirmier « non-IPA ») :

MG n°3 : « C'est un infirmier qui fait une formation supplémentaire en pratique avancée de 2 ans dans différents domaines »

MG n°17 : « C'est un infirmier diplômé d'état qui a suivi une formation spécifique en plus et qui a des missions spécifiques par rapport à son rôle initial. »

MG n°19 : « C'est un infirmier qui a des capacités supplémentaires de prise en charge du patient et de prescription au domicile des patients qui a fait une formation annexée, je crois que c'est deux ans ou un an, complémentaire. »

Enfin, concernant la formation des IPA, un médecin exprime l'idée que la formation varie d'une faculté à l'autre :

MG n°18 : « Ils ont deux années de formation dont le déroulé dépend de l'université à laquelle ils sont rattachés (rires). Le nombre d'heures, de stages varient. »

FORMATION DES IPA

Les médecins participants savent que les IPA ont une **formation complémentaire d'une durée de 2 ans qui leurs permettent d'acquérir des compétences et des niveaux de responsabilité** de prise en charge plus élevés.

Ces connaissances font cependant état **d'incertitudes liées à la formation sur le plan de la durée ou du contenu.**

3 – Fonctions des IPA au sein des soins primaires.

Bien que non abordée directement dans les entretiens, la question du rôle de l'IPA au sein de soins primaires est revenue de manière quasi-systématique dans les réponses, parfois même faisant office de définition de l'infirmier en pratique avancée.

Un rôle entre celui de l'infirmier et celui du médecin lui permettant de juger de l'état de santé d'un patient, et de gérer ainsi une situation seule en prenant en charge toute pathologie stable avec des axes précis d'intervention tels que l'éducation thérapeutique ou la prévention, laissant ainsi au médecin toute pathologie aiguë, décompensée ou des pathologies chroniques « lourdes » :

MG n°1 : « C'est quelqu'un qui est à cheval entre le rôle d'IDE et du médecin. »

MG n°10 : « C'est une infirmière qui a bénéficié d'une formation qui lui permet d'exercer des éléments de sa discipline qui permettent de soulager les médecins généralistes dans certaines parties de leurs tâches notamment par exemple en matière d'éducation thérapeutique en matière d'adaptation d'un certain nombre de protocoles ».

Une grande majorité des médecins insiste sur le temps passé par l'IPA auprès d'un patient chronique qui par sa ou ses pathologies chroniques exige une prise en charge plus complète et donc nécessite plus de temps que ne peut offrir le médecin au patient du fait de la pression des autres patients :

MG n°5 : « C'est une autre façon de voir les soins ce qui explique qu'elle y passe plus de temps et essaye d'y revenir juste quand il faut ».

MG n° 15 : « Je suis persuadé que les infirmiers peuvent passer un peu plus de temps auprès des patients ».

Cette prise en charge permettrait une vision complémentaire concernant le patient permettant ainsi d'apporter une certaine rigueur et pallier les faiblesses des médecins qui n'effectuent pas certaines tâches chez les patients présentant des pathologies chroniques stables par manque de régularité (ou toujours par manque de temps), les prises en charges étant devenues trop lourdes à supporter pour le médecin seul :

MG n°4 : « Je pense que l'infirmier peut avoir une vision et une approche différente du patient qui peut être enrichissant dans notre prise en charge et que les deux combinés soient efficaces. »

MG n°9 : « C'est une aide pour compléter des prises en charge qui sont devenues trop lourdes ou trop riches pour des consultations. On essaye de prioriser sur des consultations qui débordent, j'essaye de faire des consultations de 20 minutes, je n'y arrive jamais, ça dure au moins 25 minutes et ça c'est pour des consultations normales où tout va bien (...) Ce n'est pas rare qu'on arrive sur des consultations de 30-35 minutes sans avoir le temps pour le diabétique de faire le mono-filament, le pied diabétique ».

MG n°18 : « ça apporte un autre regard, c'est très enrichissant, c'est quelqu'un d'autre qui regarde le patient qui va poser des questions différentes »

D'autres fonctions imputables à l'IPA sont notées par certains médecins répondants notamment la coordination de la prise en charge de patients complexes que ce soit entre les acteurs de soins primaires mais également avec les acteurs de soins secondaires et tertiaires (CH et CHU) :

MG n°4 : « Une mission de coordination dans la prise en charge des patients complexes là où nous médecins généralistes des fois on est un peu défaillants (...) Le fait que l'IPA peut être dans la coordination, le lien avec l'hôpital ».

D'autres rôles exprimés par les médecins de manière moins collégiales sont également mentionnés, tels que la mise en place d'appareillages ou de dispositifs thérapeutiques et diagnostiques techniques en ambulatoire :

MG n°19 : « Je pense que ça peut faire avancer les diagnostics et la prise en charge. Notamment, je reviens sur une amie avec qui j'ai discuté, qui elle exerce en campagne, l'IPA permet de brancher des holters, des enregistrements du sommeil, d'avoir toutes ces délégations techniques faites au domicile du patient. Ça permet d'avancer le diagnostic ! Clairement, c'est intéressant. On pallie au fait que les consultations de cardiologues et pneumologues sont moindre et on peut avancer les enregistrements techniques et les poses de matériels ».

Un nombre faible de médecins interrogés estiment que les tâches attribuées aux IPA relèveraient de tâches rébarbatives qu'ils ne veulent pas faire, en particulier sur le plan administratif :

MG n° 2 : « Ce que je voyais au début, c'est la décharge des tâches ingrates et répétitives ».

MG n°12 : « J'imagine qu'il doit prendre les constantes, qu'il doit faire des ECG, qu'il doit réunir des pièces manquantes, de 2-3 coups de fils pour essayer de récupérer des résultats. Tout ce qui peut nous prendre du temps ».

ROLE ET FONCTIONS DES IPA

- Des constantes sont observées à travers les différents entretiens.
- Il est toutefois remarqué des **incertitudes sur les tâches effectuées par l'IPA avec une vision parfois mélangée avec d'autres professionnels de santé.**
- On constate que certains médecins attribuent aux IPA des tâches « pénibles » qui sont du ressort du médecin généraliste dont ce dernier aimerait se voir soulagé.
- Les fonctions globalement attribuées à ce nouveau professionnel réside essentiellement sur ses **compétences relationnelles avec les patients confortés par la disponibilité qu'ils peuvent leur accorder** facilitant ainsi la délégation de tâches dans certains domaines telles que l'éducation thérapeutique ou les actions de prévention.

4 – Facteurs favorisant l'introduction de la pratique avancée en France

4.1 - Un moyen de répondre aux difficultés démographiques médicales rencontrées dans certains territoires

La principale explication apportée par les médecins répondants concernant les motivations à la mise en place de la pratique avancée des infirmiers est celui de la démographie médicale. Cette problématique est quasi constante dans les réponses des participants qui expriment des disparités entre des sous-effectifs médicaux (« la pénurie de médecin ») dans certaines zones géographiques du territoire, s'associant dès lors à une diminution de l'offre de soin, et une augmentation de la demande de soin des patients :

MG n°5 : « C'est le manque de médecins. La problématique de la démographie médicale et de l'inadéquation entre l'accès aux soins et les demandes de soins sur des territoires reculés. »

Ces oppositions claires et unanimement exprimées par les médecins participants activent dès lors le mécanisme de surcharge de travail des médecins généralistes dans les territoires où cette disparité entre offre et demande de soins est la plus présente :

MG n°6 : « Pour lutter contre les déserts médicaux car il y a une pénurie de médecin et on ne peut plus tout assumer. »

MG n°9 : « Une aide pour les médecins seuls ou relativement peu entourés dans les zones moins médicalisées. Je pense que pour un médecin seul ou en binôme, ça peut être une belle aide ».

Dès lors, cette surcharge de travail induirait la nécessité de libérer du temps médical au médecin généraliste afin qu'il puisse se consacrer à des actes spécifiques dont il est le seul, en soins primaires, à fournir. L'IPA jouerait, selon les médecins participants, ce rôle de tiers médical à qui l'on délègue certaines tâches effectuées par le médecin généraliste afin que celui-ci se consacre à des tâches plus complexes ou lourdes sur le plan médical :

MG n° 21 (à propos de la délégation de tâches aux orthoptistes) : « Pour en avoir discuté avec mon ophtalmo, au départ, il était réticent puis finalement il trouve que c'était un apport formidable qui lui permettait de consacrer plus de temps aux gens à problèmes. C'est ça, ce que je veux utiliser en médecine générale avec l'IPA ».

Un médecin pense que l'introduction des IPA serait un moyen d'attirer la venue de confrères pour des médecins installés dans certaines zones :

MG n°12 : « Peut être attirer les nouveaux futurs médecins, pourquoi pas. S'ils se disent qu'il y a ce type de profession qui travaillent en accord avec le médecin, peut-être que ça pourrait attirer d'autres médecins ».

4.2 - Une valorisation et une reconnaissance des soins infirmiers

Certains médecins participants expriment l'idée que les infirmiers libéraux exerçant en soins primaires effectuent déjà un rôle qui dépasse leurs prérogatives initiales avec un amorçage de cette « libération du temps pour le médecin ». L'introduction de l'IPA permettrait alors de régulariser et officialiser cette activité par une formation reconnue :

MG n°4 : « Les IDE font déjà plus que leur travail, elles ont déjà des tâches supérieures à ce qu'elles devraient faire. C'est un peu comme pour mettre le travail qu'elles font déjà dans un cadre réglementaire qui permet que leur responsabilité soit prise en charge ».

De plus, il est souvent exprimé, par les médecins généralistes interrogés, une volonté fréquente des infirmiers d'évoluer sur le plan professionnel par l'acquisition de connaissances, de compétences et de responsabilités plus importantes. L'IPA semble dès lors une occasion d'effectuer cette promotion de carrière et permettrait également de leur laisser une place plus importante au sein du parcours de soins :

MG n°5 : « une qualification progressive des infirmiers qui, de fait par leurs expériences dans leur métier, fait que les actes infirmiers peuvent être limitatifs au bout d'un moment. (...) Certains infirmiers peuvent ressentir le besoin de donner un peu plus sur le versant de l'engagement et des soins ».

MG n°8 : « Il y a plus d'infirmiers qui sont formés que de médecins et que beaucoup d'infirmiers se reconvertissent au bout de 10 ans de pratique. »

4.3 - La possibilité pour les soins primaires d'améliorer son fonctionnement et ses résultats

L'introduction des IPA serait également une opportunité pour améliorer la prise en charge des patients. Les IPA permettraient de favoriser les échanges entre le médecin généraliste et les autres acteurs du soin, favoriser le dépistage et les actes de prévention souvent délaissés par les médecins généralistes par manque de temps ou de régularité :

MG n°21 : « J'espère que c'est aussi dans la prévention. Je vois par rapport à l'IPA que je vais prendre, il y a des domaines en prévention, le repérage des fragilités. Si c'est un des motifs de leur mise en place, je trouve ça super car repérer des fragilités avant que le patient se fracture le col du fémur, des complications du diabète parce qu'on ne suit pas son traitement où on ne comprend rien à l'alimentation... Je pense que le volet prévention c'est une énorme justification mais je ne sais pas si ça été fait dans ce but. »

4.4 – Une décision politique sur une idée d'économie médicale rentable.

Pour quelques médecins, la mise en place de la pratique avancée des infirmiers relève d'une décision politique afin de faire face à cette démographie médicale déséquilibrée :

MG n°3 : « une position politique de mettre en place ces normes là car on voit que la démographie médicale devient difficile et, effectivement, la délégation de tâches à des infirmiers classiques a des limites »

Un certain nombre de médecins estime que la formation des médecins telle qu'elle existe aujourd'hui est trop longue pour espérer un équilibre de la démographie médicale rapidement. L'introduction des IPA dans les soins primaires serait donc une solution pour accélérer la résolution des disparités entre offre et demande de soins :

MG n°10 : « On manque de médecins, il faut 10 ans pour former des médecins et on ne sait pas si y'en aura d'autres ».

Il est exprimé l'idée par quelques médecins généralistes que la formation et l'entretien des médecins généralistes par le système de soins sont onéreux et que la formation plus approfondie des infirmiers serait un moyen économiquement plus rentable d'améliorer les problématiques d'ordre démographique :

MG n°8 : « Y'a peut-être une question d'économie derrière »

MG n°10 : « Il est moins onéreux de former des IPA et de pallier ainsi au manque de médecins consécutif à une politique de santé qui est désastreuse depuis plusieurs décennies, c'est donc un moyen de boucher les trous ».

MG n°18 : « C'est à dire économiser du temps médical parce qu'on manque de médecin et qu'on ne va pas en former beaucoup plus et peut-être qu'un IPA ce serait un peu moins cher que du temps médical. »

Un médecin estime même qu'il s'agit d'une décision politique visant à se désengager de la formation des médecins au profit des professionnels paramédicaux (opinion isolée) :

MG n°6 : « La formation d'un médecin coûte cher. Je pense que l'état s'est désengagé de la formation des médecins. Il y aurait une notion de dévalorisation du diplôme et de l'activité médicale de manière générale. »

LES FACTEURS FAVORISANT L'INTRODUCTION DE LA PRATIQUE AVANCEE

- Cette pratique avancée permettrait de **décharger les médecins des tâches simples afin qu'ils puissent se consacrer à des activités plus complexes** qu'ils sont les seuls à pouvoir effectuer. Cette aide permettrait d'apporter une réponse aux problématiques d'ordre démographique que présente certains territoires notamment en-terme d'effectif de médecins.
- Cette pratique avancée envisagée comme une ressource complémentaire serait également **l'occasion d'améliorer la qualité de prise en charge des patients** par la **mise en place d'un second regard**.
- L'introduction des IPA en France offrirait aux infirmiers la **possibilité d'approfondir leurs connaissances et leurs compétences**, faisant ainsi évoluer leur carrière professionnelle.
- Pour un certain nombre de médecins interrogés, la pratique avancée permettrait une **amélioration des coûts inhérents aux soins de santé**. La mise en place d'infirmier en pratique avancée au sein d'une équipe de soins permettrait d'effectuer des économies sur le plan de la formation et des actes de soins s'ils sont effectués par des infirmiers. Cette idée d'économie s'expliquerait par certains médecins généralistes par une volonté politique de rentabiliser la médecine de ville.

CONCLUSIONS
UNE DEFINITION CLAIRE MAIS DES INCERTITUDES PERSISTANTES

1 – La plupart des médecins généralistes interrogés font état d'une définition plutôt claire et fidèle de la pratique avancée des infirmiers.

2 – La formation des IPA n'est pas connue dans les détails mais les grandes lignes notamment l'idée de « formation complémentaire » sont connues pour la plupart des médecins généralistes participants.

3 – Les rôles de l'IPA au sein des soins primaires font l'objet d'un certain nombre de zones d'ombres, induisant ainsi des interprétations diverses des médecins interrogés.

4 – Les médecins participants énumèrent de manière assez unanime les éléments facilitant la mise en place de la pratique avancée des infirmiers dans le système de soin français.

5 – Le manque d'information est l'élément le plus exprimé par les médecins interrogés et explique les incertitudes et l'absence de détails apportés sur certains points concernant la pratique avancée.

II – Comment envisager la collaboration médecin généraliste et IPA au sein des soins primaires ?

Cette deuxième question posée au cours de entretiens permettait aux médecins participants de réfléchir sur les formes, l'influence et les conséquences d'une collaboration avec un infirmier en pratique avancée au sein même de leur exercice actuel.

La synthèse des éléments a permis d'identifier quatre thèmes :

- **Les prérequis de la collaboration**
- **La coopération dans la collaboration médecin généraliste-IPA**
- **Les positionnements des acteurs au sein de la collaboration**
- **Les freins persistants à la mise en place de cette collaboration.**

1 – Les prérequis de cette collaboration

1.1 – Établir et maintenir une confiance

Pour la totalité des médecins, l'introduction d'une relation de confiance entre le médecin généraliste et l'IPA est un prérequis indispensable au bon fonctionnement de cette collaboration. Cette confiance présenterait comme socle, selon eux, une entente relationnelle forte permettant ainsi une communication fluide engendrant ainsi une bonne coopération interprofessionnelle :

MG n°1 : « Je pense que moi j'aurais du mal à faire confiance au début ».

MG n°7 : « La première chose, je pense que ce serait un facteur à prendre en compte, est un facteur humain (...), c'est une entente entre l'IPA et le médecin généraliste. (...) A mon avis, ce qui serait pertinent, c'est que ça permettrait de créer une relation privilégiée avec un interlocuteur de première intention ».

Cette confiance selon les médecins ne peut être acquise d'emblée. Le temps initial de la prise de contact entre les deux acteurs de soins est un temps clé à la construction de cette collaboration. Il permet un échange sur les attendus souhaités de cette collaboration et ainsi favoriser la création d'une coopération opérante. C'est cette étape qui permet de lever les réticences majeures des médecins et la mise en place effective de la collaboration :

MG n°13 : « Il va falloir « l'essayer » pour savoir ce qu'elle vaut, savoir si on peut lui confier les gens, parce que cela reste de notre responsabilité. Comment tu vas faire dans une maison de santé si tu emploies une IPA et qu'au final ça ne « matche » pas, soit parce que la relation n'est pas bonne, soit parce que tu ne la sens pas compétente ? ».

MG n°17 : « Il faut connaître l'infirmier au départ pour savoir comment il travaille, et savoir comme nous on se positionne aussi par rapport au patient (...) s'il n'y a pas de lien dès le départ, une connaissance de l'autre, de sa façon de percevoir le patient, de percevoir le métier, ça me paraît difficile ».

MG n°18 : « Il faut bien connaître l'IPA qui travaille avec toi, je ne me vois pas recevoir quelqu'un comme ça, tombé du ciel, certes formé mais avec qui je n'ai aucun lien, que je ne connais pas, je ne sais pas comment il aborde les patients ».

Une fois la prise de contact effectuée, les médecins participants expriment un temps d'acclimatation progressive du médecin vis-à-vis de cette collaboration se manifestant par une supervision initialement accrue des tâches effectuées par l'IPA :

MG n°4 : « Il faut réussir à avoir confiance en son IPA car on lui laisse nos patients. Je pense que petit à petit la confiance se crée et je pense que c'est bénéfique ».

MG n°12 : « Je ne peux pas connaître une personne sur les quelques heures de présentation. Je pense que la pratique elle va se faire au fur et à mesure. »

MG n°5 : « Je ne vais pas dire que c'est facile à trouver sa place au début mais je pense encore une fois que si l'on a confiance l'un dans l'autre, ça peut tout à fait bien fonctionner ».

MG n°6 : « Il faut faire un point du patient à deux sans doute au chevet du patient, présenter le patient les grosses lignes de ces pathologies, voir ce qu'il prend lorsqu'on fait en surveillance. Faut lui présenter les choses à mon avis (...) et petit à petit si elle est formée pour ça, la lâcher seule, mais au départ d'abord un accompagnement »

Une fois la prise de contact et un temps d'acclimatation effectués, les médecins décrivent par la suite la mise en place d'une routine. Cette routine est toutefois, sur le plan de la confiance, marquée par la mise en place d'une certaine vigilance des médecins à l'égard des IPA avec des éléments de cette collaboration qui peuvent influencer positivement, et donc augmenter la confiance du médecin envers l'IPA ou au contraire négativement, notamment par des comportements qui pourraient ternir cette confiance :

MG n°9 : « On avait envie de garder cette personne avec qui on avait bien accroché sur le plan humain, et ça, ça compte ».

MG n°12 : « Les rapports professionnels peuvent être vite ternis par certains comportements ».

Nous pouvons donc, à travers les discours des médecins participants, mettre en évidence plusieurs étapes à la mise en place et au maintien de la collaboration médecin général-IPA : La prise de contact, le temps d'acclimatation et l'installation d'une routine. Chacune de ces étapes représente un temps indispensable à la construction de cette coopération permettant, pour le médecin généraliste de s'assurer avec certitude sur la qualité du travail effectué :

MG n°1 : « La question est de savoir : Qu'est-ce qu'elle fait ? Comment elle le fait et est ce qu'elle le fait bien ? »

MG n° 19 : « De toute façon, c'est dans le temps qui a la confiance et dans le ressenti patient aussi. Je pense que ça c'est important. On en aura le retour des patients sur l'IPA, le retour de l'IPA sur le médecin et les échanges qu'ils peuvent avoir. Ça aussi, ça engendre une confiance dans la prise en charge. »

Nous avons précédemment observé que cette collaboration se présente comme un partenariat entre deux professionnels, comme un travail en réseau et que celui-ci nécessite un haut niveau de confiance. Ce niveau de confiance, avant la mise en place effective de la collaboration, est à-priori variable. Cela s'observe par les formes de collaboration envisagées par les médecins interrogés :

MG n°2 : « Je la verrais plutôt dans la dépendance complète et il (le médecin) dit à l'IPA le matin ce qu'il doit faire. Le problème c'est qu'il y a un rapport hiérarchique mais il faut qu'il y en ait un à mon avis sinon ça ne peut pas marcher ».

MG n° 12 : « J'espère qu'il pourra fonctionner seul avec peut-être nous médecins qui superviseront. J'imagine qu'il travaille seul dans un bureau qui lui est dédié ».

MG n° 7 : « Je vois tout à fait la relation comme une relation horizontale où il n'y aurait pas une supériorité sur la décision, mais une décision partagée ».

1.2 - Création d'une collaboration efficace

Outre la confiance mutuelle entre le médecin généraliste et l'IPA, les médecins participants mettent l'accent sur l'organisation pratique de cette collaboration.

Dans un premier temps, la plupart des médecins interrogés insistent sur l'importance de conventions, de protocoles qui régiraient les fonctions respectives du médecin généraliste et de l'IPA dans la prise en charge du patient :

MG n°14 : « Ce n'est pas tout à fait une délégation avec les IPA, c'est un protocole. On n'est pas complètement dans une délégation mais un protocole qui est signé. C'est dans le cadre de ce protocole qu'il y a une partie des actes jusque-là que nous faisons qui pourrait être effectué par l'IPA ».

MG n°21 : « Si l'IPA reste strictement dans son cadre, je ne vois pas de problème. Il ne faut pas déborder du cadre, c'est tout. »

MG n°3 : « Il faut aussi qu'on détermine ensemble les conventions, à quel rythme, qui voit quoi, qui voit qui, à quel moment l'IPA sollicite le médecin, il y a plein de chose en amont à cadrer et à caler avant l'installation propre. »

Dans un deuxième temps, il est mentionné que la coordination entre les professionnels se doit d'être parfaite. Elle nécessite des outils techniques, structurels et organisationnels :

MG n°8 : « Je pense que le lien serait plus facile avec un infirmier dans les mêmes locaux avec le même logiciel et donc le même outil de travail que nous, que nous puissions communiquer plus facilement »

MG n°21 : « Elle s'est inscrite sur le même logiciel médical que moi, elle a une vue sur tous mes patients. Elle écrit dedans et moi je vois ce qu'elle écrit. On a déjà, en plus du fait qu'on communique par What'sApp, par texto, téléphone, on a le logiciel en commun et dessus je marquerai les objectifs à réaliser pour les patients, ce que je veux qu'elle fasse et en retour elle me fait des CR des examens qu'elle a fait et des points à développer ».

MG n°5 : « des points téléphoniques pas quotidiens mais presque, environ 2-3 fois par semaine. On se fait des topos sur la dizaine de patients dans la semaine qu'elle a vus et qui lui ont posés problème ».

1.3 - Connaissance du MG de la fonction de l'IPA et de sa formation

Comme nous l'avons vu précédemment un manque d'information est relevé.

Plusieurs médecins étaient quelques peu dépourvus sur la question d'organisation d'une collaboration à laquelle ils n'avaient pas trop réfléchi, même si pour certains cette collaboration était en cours de mise en place effective :

MG n°3 : « Il y a 6 mois, l'IPA je t'aurais dit beaucoup moins de chose car quand on l'a rencontré, on s'est renseigné (...) C'est beaucoup de point d'interrogations ».

MG n°7 : « Vu que le cadre est assez flou, en pratique ça doit être compliqué d'avoir un cadre précis ».

LES PREREQUIS DE LA COLLABORATION MG-IPA

- La **mise en place d'une confiance progressive** entre les deux acteurs du soin. Selon les médecins interrogés, cette confiance entre le médecin généraliste et l'infirmier en pratique avancée ne peut s'établir que par la mise en place d'une relation initialement humaine entre les acteurs de la collaboration. Cette relation évolue progressivement permettant ainsi l'instauration d'une entente et d'une coopération forte entre chacun des acteurs de cette collaboration. Cependant, cette relation professionnelle forte peut-être affaiblie ou interrompue si des conflits entre les protagonistes de cette relation, nourris par des attitudes et des actions considérées comme toxiques de ces derniers, venaient à apparaître.

- La **création d'une collaboration structurée qui nécessite une organisation commune**. Cette organisation pour fonctionner se doit d'être gérée par un ensemble de protocoles qui définit les limites d'action des uns et des autres au sein de la collaboration.
- La **mise en place d'outils et de structure** sans lesquels la collaboration ne peut être opérationnelle.
- La **connaissance des rôles de l'IPA**. Ce prérequis semble toutefois faire défaut du fait du manque d'information des médecins généralistes concernant ce rôle.

2 – Une collaboration par coopération

2.1 – Une équipe au service du patient.

Les médecins participants font le constat que les soins primaires ne peuvent plus fonctionner sous un mode pyramidal où le médecin généraliste prend les décisions seul :

MG n°16 : « J'aime bien travailler en équipe, avec les infirmiers, entre collègue et le fait qu'il y ait une collaboration entre infirmier médecin. Travailler seul ça a ses limites. Un travail plus coordonné, c'est un peu plus dynamique et puis peut être qu'on relève des choses qui ne vont pas. C'est plutôt positif. »

Selon les médecins interrogés, l'avenir résiderait par le remplacement de la décision unique portée par le médecin par la mise en place d'une équipe de soins primaires au service du patient :

MG n°2 : « Je pense que les gens doivent comprendre qu'il y a une équipe soignante et non plus un soignant qui décide ».

MG n° 14 : « La relation duelle entre le médecin et le patient évolue de plus en plus vers un patient et une équipe en soins primaires. Ça ce n'était pas vrai 15 ans en arrière ».

Seulement cette évolution du fonctionnement des soins primaires implique une nouvelle répartition des rôles entre les différents acteurs du soin :

MG n°18 : « C'est à dire que je pense qu'elles vont se chevaucher. L'ASALEE fait des choses que l'IPA ne fera pas car celle-ci aura une fonction de diagnostic et de prescription que n'a pas l'infirmière ASALEE. Donc il faudra qu'elles se fragmentent. Si dans une MSP il n'y a pas d'ASALEE, l'IPA peut se charger en plus de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement dans cette mise en place. S'il y a déjà une infirmière ASALEE, il faudra qu'elles définissent bien leur rôle ».

2.2 – Mise en place d'une délégation d'actes médicaux

Les médecins participants mettent l'accent sur la délicate question de certaines tâches effectuées par les IPA : Des tâches médicales initialement effectuées par les médecins. Bien que nous ayons vu que l'exercice de ces tâches soit encadré dans le cadre d'un protocole, les médecins participants ne sont pas tous en accord sur le sujet.

2.2.1 – Le cadre de cette délégation de tâches

Dans un premier temps, la temporalité de l'exercice de ces tâches est posée (Quand l'IPA peut-il effectuer une tâche médicale ?) :

MG n°1 : « Pourquoi pas si t'es débordé. Si tu n'es pas débordé et que tu n'as le temps de t'en occuper je préfère m'en occuper ».

MG n°2 : « Je suis partant pour la délégation de tâche à condition que ce soit le Médecin généraliste qui en détienne la maîtrise et que ce soit lui qui délègue les tâches ».

MG n°14 : « C'est facile à accepter si réellement on est dans une posture d'IPA et pas une posture de "petit médecin". Bien évidemment, l'IPA va pas faire ce que je fais, moi, au quotidien avec les patients. Son activité ne va pas être la même que la mienne. Pour que ce soit facile, ou du moins acceptable, il faut que l'IPA soit dans une vraie posture d'IPA ».

MG n°3 : « Pour prescrire une biologie, regarder des résultats je veux dire, ils sont aussi compétents que moi ».

La forme de ces tâches se pose également et fait l'objet de divergences (Quel type de tâche médicale peut-faire l'IPA ?) :

MG n°2 : « Les IPA certes c'est bien qu'ils suivent les malades chroniques mais moi j'aurais aimé qu'ils suivent les maladies en général pour nous soulager de certaines pathologies autres que les maladies chroniques (...) Je n'ose pas le dire mais bon la « bobologie » peut être traitée par un IPA plus qu'un diabète. Si on dégageait du temps pour supprimer la « bobologie », on pourrait mieux suivre les diabètes. J'ai peur que les IPA nous obligent à continuer la « bobologie » et eux ils tireraient les marrons du feu en suivant les malades chroniques, soit le plus intéressant ou qui mérite le plus d'intérêt. ».

MG n°6 : « Si c'est pour surveiller du chronique je ne vois pas d'inconvénient que ce soit fait par un infirmier ou une infirmière en pratique avancée. Si en revanche cette pathologie devient aiguë, c'est plus compliqué parce qu'elles risquent d'appeler au secours (Rires). »

MG n° 19 : « Une autonomie complète sur la prescription, je ne la sens pas bien. Ça dépend de la complexité de l'ordonnance et du patient à traiter. Que ce soit, peut-être, des prescriptions "simples" sur des choses usuelles genre des infections urinaires ou des choses comme ça, peut-être qu'ils peuvent prendre la main. »

2.2.2 - L'acte de prescription de médicament

La prescription de médicaments est, parmi celles prévues par l'arrêté de 2019, la tâche déléguée la plus mentionnée par les médecins participants. La question du renouvellement de traitement est débattue avec des divergences entre les médecins sur les capacités des IPA à établir des modifications sur l'ordonnance initialement établie par le médecin. Certains estiment que ce rôle est propre au médecin et ne peut être délégué, d'autres au contraire estiment ne pas voir l'intérêt d'un professionnel qui « recopie simplement une ordonnance » :

MG n°3 : « Moi ça ne me dérange pas qu'un IPA renouvelle une ordonnance, s'il sait de quoi il parle. S'il recopie bêtement ça me gênerait plus ».

MG n°8 : « Pour moi c'est un acte médical la modification d'un traitement (...) Elles n'ont pas la même formation, le même cursus. Cette acceptabilité je ne l'ai pas trop. Si c'est renouveler les ordonnances telle quelle c'est du domaine acceptable, pour la modification du traitement je ne sais pas trop, je suis dubitative ».

Cette délégation de la prescription médicale est discutée par certains médecins du fait de la courte durée de formation des IPA :

MG n°16 ; « C'est grâce à ces années d'études qu'on est arrivé à acquérir ces compétences de prescriptions, après un IPA peut faire la même chose avec 2 ans de formations en plus... ? »

MG n°13 : « Je pense que c'est difficile de déléguer de la prescription à des infirmiers. Faut le faire, on le fera. Mais ce n'est pas leur formation de 2 ans qui leur permettra de prescrire. Apprendre à prescrire correctement les trucs ça prend un peu plus de temps que ça. Quand on sort de la fac et nos 9 ans d'étude de médecine, on sait qu'on a encore du travail pour apprendre à prescrire. Et on progresse au fur et à mesure, on apprend des trucs ».

L'introduction de la possibilité de modification de prescription engendrerait selon certains médecins interrogés des pertes dans la logique de prise en charge. Les médecins interrogés expriment que la décision de prescrire tel ou tel médicament est toujours liée à une stratégie de prise en charge et que sa modification peut la bouleverser :

MG n°17 : « Je sais que quelquefois quand je modifie des prescriptions, je le fais parce que j'ai quelque chose en tête, je sais que je vais revoir le patient à telle échéance et que je vais pouvoir évaluer quelque chose. Je ne fais pas ma sauce sans raison. Il y a toujours un fil conducteur, et c'est vrai que si quelqu'un repasse derrière toi, un médecin ou un infirmier tu peux perdre cet esprit-là, ce fil conducteur que tu avais dit au départ ».

2.2.3 - Impact de la délégation de tâches

La délégation des tâches impliquerait des conséquences positives et négatives selon les médecins interrogés.

Dans un premier temps, cette délégation faciliterait certaines prises en charge :

MG n° 19 : « Le médecin est moins au centre et unique dans la prise en charge des patients en soins primaires. C'est "mieux diviser pour mieux traiter". Ça fait partie de la gestion du temps. Actuellement, il y a beaucoup de médecins submergés et il faut trouver des solutions pour se répartir le travail et c'est une bonne solution je pense ».

La délégation de tâche est pour un certain nombre de médecins généralistes le point essentiel de cette collaboration qui permet un allègement de la charge de travail des médecins :

MG n°6 : « Si on fait une délégation de surveillances et de compétences, ça ira dans le sens de l'allègement de travail du médecin du généraliste ».

MG n°15 : « Déléguer les tâches c'est quelque chose que je fais déjà et c'est génial de pouvoir le faire. Ça ne me gêne pas du tout au contraire ça m'avance. Je travaille dans une institution à 15 bornes de chez moi, l'infirmière voilà, elle me dit "j'ai bougé le pied, j'ai vu ça, pour moi y'a pas de radiographie à faire, mais j'aimerais que...". Donc la délégation des tâches elle y est là ».

Dans le cadre de la collaboration Médecin-IPA, cette délégation de tâches n'est pas introduite de manière isolée mais fait partie d'une refonte des rôles des acteurs. Ils assignent, notamment, le médecin généraliste à un rôle d'expert, ce que nous verrons plus tard. La principale crainte de la délégation de tâches est la réattribution des tâches complexes au « médecin généraliste expert », ce qui alourdirait, selon les médecins interrogés, le vécu de la charge de travail :

MG n°20 : « Cela veut dire qu'on laisse toutes les consultations faciles et qu'on garde les consultations difficiles et c'est dur de rester concentrer pendant 4H pour que consultations difficiles. T'as qu'à voir quand tu sors de là. Franchement les rhumes c'est reposant ».

MG n° 9 : « C'est dans un quotidien qui n'est pas toujours évident, avec des consultations où on a déjà du mal à les faire en 20 minutes ; on se retrouve avec un collègue qui va nous happer les consultations "faciles", et nous on va se retrouver avec des prises en charge complexes ».

Déléguer des « consultations simples » aux IPA pourrait selon certains médecins être trompeur. Les consultations de pathologies stables sont souvent révélatrices de problèmes cachés qui pourrait nécessiter l'intervention d'un médecin :

MG n° 20 : « Au milieu de trucs faciles que tu détectes des fois un truc qui te fait aller plus loin. Sans mentir aux gens, tu les fais revenir pour un autre truc. Et ça, c'est compliqué si c'est un IPA ».

MG n°4 : « On voit qu'il y a des consultations qui aurait pu être simples au début car rien de particulier au début puis on découvre d'autre chose donc il va falloir que toute la confiance elle se tisse avec l'IPA. »

La complexité de la médecine générale ferait pour un médecin interrogé que la mise en place de ce système collaboratif fonctionnerait mal en médecine de ville, contrairement à la médecine hospitalière (Opinion isolée) :

MG n°10 : « D'après ce que je comprends, ce que je conçois, on est dans un registre de complémentarité. Or, pour qu'elle s'exerce faut qu'elle se fasse selon des modalités précises, claires et limpides qui ne donnent pas lieu à des brèches dans lesquelles s'immisceraient des conflits ou des rivalités. On est dans un registre qui est fondamentalement dans ce qu'on peut imaginer dans le milieu hospitalier où les tâches sont par définition plus mécanicistes, spécialisées par essence. Alors qu'on sait très bien qu'en médecine générale, il y a des porosités entre les différentes disciplines et les différentes approches qui font que les choses ne se réduisent pas à une simple technicité. C'est facile de mettre sur le papier des éléments techniques avec des rôles dévolues à chacun. En réalité, l'exercice de la médecine générale se prête mal à cette démarche car elle est beaucoup plus complexe ».

2.3 - Impact de la pandémie de COVID 19 sur la coopération médecin - IPA.

Les conséquences de la pandémie de COVID 19, lors de la première vague en Mars 2020, ont mis en évidence certains atouts de cette collaboration pour les médecins interrogés ayant expérimentés une collaboration avec un IPA à ce moment-là :

MG n°5 : « Je me suis focalisé sur toutes les personnes qui avaient le COVID ou des suspicions, car on ne testait pas à l'époque. L'IPA, quant à elle, assurait les pathologies chroniques stables des personnes âgées. Le temps que je n'avais plus pour les chroniques, le relais a été pris par l'IPA ».

MG n°9 : « On s'est beaucoup investi sur une organisation de territoire des patients COVID avec justement cet IPA qui est quelqu'un de très dynamique et très impliqué là-dessus. En plus, il avait un gros réseau d'IDEL qui nous a beaucoup aidé sur l'organisation qu'on a mise en place. Suite à ce travail d'équipe dans un contexte difficile de première vague, ça nous a beaucoup soudé ».

UNE COLLABORATION PAR COOPERATION

- La collaboration médecin généraliste et IPA **doit évoluer et tendre vers un seul et même objectif : le patient.**

- Pour les médecins interrogés, cette collaboration doit donc s'envisager comme **une coopération efficace entre les acteurs** dont l'organisation de **prise en charge du patient est effectuée par une équipe centrée sur le patient et non plus par un acteur unique**, le médecin généraliste, entouré des autres acteurs du soins primaires.

- Selon les médecins participants, le point fondamental de cette coopération réside par **la délégation de tâches médicales initialement effectuées par le médecin généraliste.**

- La délégation de tâches doit être **réglementée dans le cadre de protocoles définis et acceptés par tous les acteurs.** Il est mis en évidence un **certain nombre de réticences concernant cette délégation de tâche notamment concernant l'acte de prescription** que les médecins envisagent de plusieurs manières, parfois opposées.

- **Cette délégation de tâche, bien qu'elle soit discutée** sur la forme qu'elle doit prendre au sein de la collaboration, **reste l'élément essentiel permettant l'aide apportée aux médecins.**

- Il est important de noter qu'une partie des médecins interrogés mettent en relief la **complexité de la médecine générale qui pourrait ne pas être la discipline la plus adaptée pour la mise en place de cette délégation de tâches.**

3 - Les positionnements des acteurs au sein de la collaboration

3.1 - Positionnement du médecin généraliste

Au sein de cette nouvelle collaboration, les médecins généralistes interrogés ont mis en évidence le fait que le médecin généraliste adoptait un nouveau rôle au sein de ce nouveau système de soins primaires.

Dans un premier temps, le médecin généraliste garderait un rôle clé dans la prise en charge de ses patients. La plupart des médecins généralistes le souhaitent et ne voient pas comment il en serait autrement :

MG n° 8 : « Pour moi le médecin généraliste, c'est le « médecin de famille », la caricature, c'est un métier qui est proche de son patient, qui connaît la famille qui sait vers qui se tourner quand ça ne va pas ».

MG n°15 : « On ne pourra pas se passer de nous. Ça c'est certain »

MG n° 3 : « Il ne faut pas les voir (les IPA) comme des gens qui vont prendre la place du médecin généraliste, on aura toujours notre rôle ».

Ce rôle clé central, au sommet de la hiérarchie sera amené à disparaître pour laisser place à une organisation plus fluide, fonctionnant sur le principe de la coopération entre les acteurs du soin. Le médecin généraliste serait dans ce fonctionnement un « expert » :

MG n°18 : « Je pense que ça va lui donner un rôle d'expert. A la fois c'est une "promotion" à la fois c'est une distanciation, j'en reviens toujours à cette idée-là ».

MG n°5 : « J'allais dire qu'on prend un rôle de spécialiste, certes nous sommes spécialistes en médecine générale (...) Elle (l'IPA) va m'appeler pour « un avis auprès du médecin généraliste qui n'est pas physiquement là » (...) notre place est changée dans certaines situations avec cette IPA et ça change un petit peu le rapport ».

Ce nouveau rôle d'expert impliquerait une valorisation de ces compétences de synthèses cliniques et diagnostics :

MG n°18 : « L'avantage que je vois, bien qu'on peut faire vraiment appel à nos compétences de médecins, non pas la surveillance de pathologies chroniques stables mais de rééquilibrer ce qui n'est pas stable, ce qui est aigu et ce qui se décompense ».

MG n°4 : « On a l'impression qu'on se dit que l'IPA va faire les consultations "faciles" comme les patients stables, nous on va enchaîner les catastrophes, tous les déstabilisés. Mais en même temps c'est aussi notre métier ».

Ce rôle « avancé » du médecin impliquerait également pour certains médecins généralistes un rôle de vigie :

MG n°5 : « La difficulté c'est de bien repérer les signes d'alerte qui doivent nous faire intervenir nous, car l'IPA ne va pas faire de prise en charge aiguë ou déclencher des hospitalisations seule. »

La première difficulté liée à ce nouveau positionnement du médecin généraliste est l'éloignement de la clinique et donc de son patient. Ce nouveau rôle d'expert ne serait plus un rôle de proximité comme il l'était jusqu'alors.

Cet éloignement induirait une frustration du médecin généraliste qui apprécie cette chance d'exercer au plus proche du patient :

MG n° 8 : « On sera là pour des avis plus ponctuels et plus techniques et donc on aura plus cette relation médecin-patient qui est une partie agréable du métier et qui est aussi importante pour la prise en charge parce que les familles nous connaissent aussi et font appel à nous quand ils voient que le patient ne va pas bien. »

MG n° 13 : « On a un métier en médecine générale qui est très humain. On est des spécialistes de médecine généraliste, certes, mais on a un métier très humain qui est un métier avec beaucoup de relation avec les gens. On nous demande d'avoir un métier d'expert, on rentre dans un domaine d'expertise, d'hyper-expertise quasiment, où on devient loin des gens qu'on est sensé soigner. C'est le cas des médecins spécialistes qui voient les gens une fois par an, mais je trouve ça bizarre dans la médecine générale ».

Cet éloignement du patient induit la crainte chez certains médecins interrogés d'une fonction du médecin généraliste qui s'éloigne de ce qu'ils imaginaient en commençant leurs études, en particulier sur la fonction administrative que pourrait avoir ce nouveau rôle :

MG n°7 : « Le suivi des pathologies chroniques réguliers c'est quelque chose qui est une belle part de notre prise en charge du patient, en tant que médecin. Donc si vraiment on pousse jusqu'au bout que les IPA suivent tous les patients diabétiques, forcément ça

change la fonctionnalité du médecin et le suivi car on passe sur le rôle du spécialiste qui gère d'autres trucs et qui est au courant de l'évolution. Oui ça changerait. »

MG n°4 : « Faut que pas que le fait de déléguer des soins à un autre professionnel nous renforce dans notre positionnement administratif et finalement faire de la coordination de soins à distance, remplir des dossiers, des papiers parce que c'est ce qui fait peur lors de la délégation de tâches aux autres professionnels de santé. »

MG n°5 : « Il y en a (des collègues médecins) aussi qui me disent : "Bientôt, on aura plus qu'à signer les bons de travail et de transport". Il y a des représentations de cette sorte qui se sont mises en place mais c'est aux médecins d'avoir le courage de se lancer et de le faire et ça peut que bien se passer ».

Certains médecins partagent l'idée que l'éloignement induirait une impossibilité pour les médecins généralistes de suivre leur patient de près, et devraient alors reprendre des « prises en charge » qui leur auraient échappées du fait de cet éloignement :

MG n°8 : « Le côté humain je trouve qui va être impacté et du coup comme le côté humain est impacté, comme ça fait partie des choses qui peuvent nous alerter sur des pathologies, ça va modifier peut-être notre aptitude à faire certains diagnostics et suivre correctement le patient ».

MG n°13 : « Je pense que ça va éloigner le généraliste de la relation avec le patient. Je pense que ce n'est pas une bonne chose. D'ailleurs quand on fait du renouvellement d'ordonnance, dans notre métier on se rend compte au début, bon "renouvellement tous les 3 mois pour les gens stables, d'accord". Et puis on se dit il faut que je fasse le renouvellement à 6 mois et on se rend compte qu'en faisant le renouvellement à 6 mois ils tombent des choses, tu passes beaucoup plus de temps parce qu'il y a plein de choses qui ont pu se passer, des choses qu'on n'a pas pris le temps de discuter, et au final tu ne gagnes pas de temps parce que 6 mois c'est des consultations longues et ou pas assez longues ».

Dans un deuxième temps, ce rôle d'expert, n'est pas forcément facile pour les praticiens qui ont une certaine expérience. Le rôle d'expert est peut-être attractif en début de carrière mais à force d'ancienneté, la proximité des gens prend une part plus importante dans la satisfaction de l'exercice de la médecine générale :

MG n°18 : « Je pense que si j'étais plus jeune oui, maintenant je (Rires), j'suis moyennement motivée. En 30 ans de pratique, on a déjà beaucoup changé sa pratique, en prenant de l'âge, l'expertise, le côté médical des choses m'intéressent moins que le rapport avec les gens ».

Les médecins généralistes expriment l'idée que ce rôle d'expert induirait une dévalorisation de leur métier de médecin généraliste.

MG n°18 : « C'est sûr que ça va changer le rôle de proximité. Et ce qu'on pourrait craindre à la limite, ce qu'on peut craindre c'est que nous sommes des soins primaires, c'est à dire auprès du patient. Si on met un intermédiaire entre nous et le patient, il ne faut pas qu'on perde ce rôle de soins primaires ».

MG n°10 : « Le regard du MG sur sa propre profession ne peut être à mon avis que quelque chose de péjoratif car manifestement, il peut très bien... il va assister à un délitement de son exercice, qu'on le veuille ou non. Ça peut paraître séduisant de prime à bord. Y'a moins de médecins, ça permet d'alléger les tâches, c'est quelque chose de concevable, mais le revers de la médaille c'est celui que j'ai dit ; à savoir une aliénation progressive et inéluctable de l'exercice de la médecine générale, on ne sait pas vraiment vers quoi on tend. »

Face à ces dernières difficultés et craintes, certains médecins interrogés font état de quelques techniques pour désamorcer d'emblée ces problématiques liés au nouveau rôle du médecin généraliste au sein de la collaboration avec l'IPA comme former directement les IPA ...

MG n°18 : « Après, ce que j'ai fait, c'est que je me suis proposé pour accueillir une IPA qui va arriver en Mai, une IPA en formation, ça m'a donné des échanges avec les formateurs, ceux qui en sortent et ça va me permettre de cerner un peu mieux de construire une relation pour si jamais ça se mettait en place après ».

... ou utiliser des regroupements de professionnels (CPTS, MSP) pour favoriser l'introduction de ce type de collaboration :

MG n°19 : « Peut-être dans notre prochain MSP ou CPTS, on aura davantage de visibilité »

3.2 - Positionnement de l'IPA

L'IPA n'est pas un substitut de médecin (« sous-médecin ») ou « un super infirmier ». Il faut le voir comme un professionnel à part entière qui a un rôle à jouer dans le parcours de soins du patient avec notamment l'idée que certaines prises en charge sont laissées à l'abandon en soins primaires et sont vacantes pour des professionnels comme les IPA :

MG n°4 : « Il faut être clair parfois les patients rentrent ou sortent d'hospitalisation en catastrophe, non gérés. Nous on est au courant quelques jours après, le fait qu'il y ait un nouveau professionnel là-dedans, ce n'est pas occupé un terrain qui est déjà occupé mais mettre un professionnel dans un terrain qui n'est pas occupé »

L'IPA apporte une expertise dans certains domaines et permet dès lors d'enrichir la prise en charge :

MG n°5 : « Elle a des compétences dans des champs sur la gériatrie par exemple, elle connaît des choses que je ne fais pas ou plus par habitude et les gens finissent par s'habituer ».

MG n°21 : « Mon IPA est référente en plaie et cicatrisation sur l'hôpital, il suffit de passer un coup de fil, elle envoie les photos et ça va directement sur l'hôpital, moi je n'ai pas ses capacités donc... »

L'IPA jouerait un rôle dans la récupération des situations aiguës afin d'en faire part au médecin pour qu'il puisse prendre le relais :

MG n° 6 : « À elle de détecter le passage à une éventuelle situation aiguë qui peut survenir sur un terrain chronique ».

Les médecins participants mettent en évidence un certain nombre d'influences positives que pourrait avoir l'instauration de la pratique avancée en soins primaires :

MG n°2 : « L'IPA va donner son avis, le médecin va donner son avis. Ça aussi ça a un intérêt pour le médecin car il est obligé de se former, parce que s'il sait qu'un IPA est bien formé dans l'insuffisance rénale, il va falloir que lui aussi, il soit au point. Ça pousse un petit peu à garder ses connaissances ou les améliorer. »

MG n°5 : « L'infirmière à plus de proximité souvent avec le patient, ne serait-ce qu'en terme de temps et de fréquence de passage. (...) Même en prenant le temps à domicile, je vais me limiter forcément au bout de 30 minutes (...) alors qu'elle c'est entre une 1H et 1H30. »

MG n°21 : « Je trouve que c'est le côté réseau, relation. Pour avoir pratiqué 5 ans toute seule dans mon cabinet, on est isolé. L'IPA permet une ouverture. Ça augmente le réseau. (...) On était isolé dans notre coin, il n'y avait pas le côté réseau qui n'était pas top. Ce n'est toujours pas top entre ville et hôpital. J'espère que les IPA ou d'autres modes de fonctionnement permettront d'améliorer ce réseau ville hôpital. Mon IPA est référente en plaie et cicatrisation sur l'hôpital, il suffit de passer un coup de fil, elle envoie les photos et ça va directement sur l'hôpital, moi je n'ai pas ses capacités donc... Je pense qu'avec l'informatique, tout s'améliore petit à petit ».

MG n°15 : « Les infirmiers sont perfectionnistes, donc on a une vue globale sur un temps assez long et mieux que moi je le fais je pense. L'exemple d'une patiente de 98 ans qui avait 23 médicaments au début de la prise en charge, a 20 bornes de mon cabinet. L'infirmière, on a communiqué par mail, permet de traiter quelqu'un un peu à distance avec un infirmier digne de foi, voilà ».

Malgré ces points positifs, des craintes sont exprimées par les médecins généralistes interrogés sur la position de l'IPA au sein de la collaboration.

La première crainte réside dans l'idée que l'IPA prendrait une place qui n'est pas la sienne. Certains médecins généralistes craignent que le cadre protocolaire théorique dans lequel les IPA doivent évoluer, vole en éclat lors de la mise en pratique de cette pratique avancée :

MG n°3 : « C'est sûr que le but ce n'est pas d'avoir un cow-boy, jouer au médecin alors qu'il n'en est pas un ».

MG n°14 : « Il y a un IPA qui s'est installé dans le Gard. Qui a même publié un article dans le Midi-Libre qui est dans une pratique qui n'est pas une pratique avancée. Le médecin qui l'a mis dans un cabinet à côté et qui lui fait faire exactement la même chose que lui avec plein de patients et l'IPA qui considère qu'il sait tout faire. Il y a un cadre légal contraint et bien défini mais par contre, la posture de l'IPA n'est pas bien définie ».

MG n°21 : « Est-ce que l'IPA va vraiment garder son rôle de pathologies stables chroniques ou va essayer d'en faire plus ? ».

MG n°2 : « Ce qui est gênant c'est qu'il a fait des formations très pointues en diabète, en HTA... D'après son cursus, il serait plus compétent que nous d'après ce que j'ai cru comprendre (...) Ça m'inquiète un peu parce qu'on ne leur demande pas d'être des médecins spécialisés dans un certain domaine. Un infirmier peut se spécialiser en HTA et devenir plus compétent que nous, mais ce n'est pas ce qu'on lui demande. L'intérêt de notre métier c'est suivre des maladies chroniques et être aidé pour des maladies courantes ».

La deuxième crainte concerne la répercussion de la nouvelle place de l'IPA dans le parcours de soins sur la propre place du médecin généraliste. Certains médecins répondent expriment une appréhension à l'idée de la substitution du médecin généraliste par l'IPA :

MG n°1 : « Si on délègue tout aux infirmières, on ne fait plus rien. C'est aussi notre gagne-pain. Je préférerais m'en occuper du patient (...) Attention à ce qu'on ait encore du boulot quand même ».

MG n°16 : « Au début c'est sûr que tu te dis "voilà ça fait un petit peur", tout ce qui est prise en charge et renouvellement de traitement c'est un petit peu notre moyen de gagner aussi notre... nous faire un petit salaire aussi ».

MG n°6 : « Faudrait que le médecin laisse un peu son égo au vestiaire (Rire) et qu'il abandonne une partie de son travail. Ça risque de ne pas plaire à tous les médecins. Les médecins aiment bien garder leur territoire. Les médecins aiment bien garder leurs patients et s'en occuper et ne veulent pas quelqu'un d'autre s'en occuper. »

De manière contradictoire, certains médecins généralistes comptent sur la disponibilité plus importante de l'IPA pour prendre en charge le patient :

MG n° 18 : « Je pense que les patients regretteront cet échange direct et d'autres qui le verront d'un très bon œil parce qu'ils auront quelqu'un qu'ils trouveront plus accessible. L'idée d'avoir une IPA, ça ne peut fonctionner que si elle est plus disponible que nous. »

D'autres craintes plus anodines sont relevées au cours des différents entretiens, notamment la crainte que l'IPA acquiert des compétences de diagnostic et de prise en charge thérapeutique trop rapidement vis-à-vis de la formation que certains médecins estiment courtes. Ce manquement est pour certains médecins un point sombre sur l'activité de l'IPA spécialisée en pathologies chroniques car la prise en charge de patient complexe nécessite une finesse et une expertise solide pour faire face à certaines situations de prise en charge de patients présentant des pathologies chroniques, mêmes stables. Ce manquement impliquerait des ratés dans les prises en charge :

MG n°20 : « Il y a des choses qu'ils verront, et d'autre qu'ils ne verront pas. Ils ne peuvent pas avoir toute la finesse de l'examen médical. C'est ce qui fait qu'avec les années on a un instinct et que tu vois (...) Si le patient ne se plaint pas, l'IPA ne vas pas forcément s'en occuper. Après il faut voir, je pense que les IPA c'est quelque chose qu'il faut juger après avoir essayé mais tu peux imaginer tous les écueils qu'il peut y avoir. (...) Quand tu regardes les consultations faites par quelqu'un d'autre, tu ne vois rien de particulier. Il a eu un coup dur, il a eu un truc, tu ne le vois pas physiquement parce que c'est quelque chose qui médicalement n'est pas quelque chose de mesurable. »

Nous avons remarqué que la vision des médecins interrogés sur l'IPA s'effectuait sous le prisme de leur propre relation actuelle avec les IDE. Cette vision biaisée induit des craintes supplémentaires :

MG n°2 : « J'avais une infirmière du centre de soins qui serait intéressée pour faire une formation d'IPA mais qui est anti-vaccin. (...) On se retrouverait avec une IPA et on la déléguerait aux vaccins, pourquoi pas, sauf qu'elle est anti-vaccin (...) On reconnaît un aide-soignant qui fait la formation ensuite en IFSI. Souvent on sent qu'il y a un manque. Soit la formation est trop tardive, soit bâclée, soit il y a les mauvaises habitudes des aides-soignants où ils avaient l'habitude d'obéir et ne prenaient pas de décision (...) J'ai

peur que les IPA ce soit pareil (...) C'est des infirmiers qui font une formation supplémentaire mais qui gardent leurs habitudes d'infirmiers ».

MG n°13 : « Ce qui est sûr, c'est que les infirmières qu'on connaît actuellement ne sont, dans la plupart des cas, pas capables de prescrire. Mais elles ne sont pas formées. Avec les 2 ans, elles sont censées être formées. Je réponds par rapport à ce que je connais. Par rapport à la façon dont je vois comment les IDE fonctionnent avec les chirurgiens... Il faut faire ci et faire ça. Elles ont parfois raison, parfois vachement tort ».

MG n°20 : « Je remarque que quand je suis arrivé, les IDE n'étaient pas autonomes pour rien du tout. C'est à force de leur dire de se débrouiller qu'elles ont commencé à accepter de le faire. Au départ, j'ai eu beaucoup d'IDE qui ne voulaient pas prescrire et faire ce qui relevait de leurs compétences. Petit à petit, certaines se sont de plus en plus formées, mais c'est vrai qu'au départ elles voulaient être hyper-encadrées ».

Pour conclure, quelques médecins généralistes imaginent et expriment les difficultés auxquelles peuvent être confrontées les IPA lors de leur mise en place :

MG n°7 : « Sur la rémunération de ces IPA et le temps qu'elles auraient à dédier. Je pense que c'est des professions qui sont sous-payées, et surchargées ».

MG n°3 : « C'est vrai qu'il est venu nous chercher. Je ne suis pas sûr que de notre côté on serait venu chercher les IPA parce qu'on ne connaît pas. On ne connaît pas assez ».

MG n°5 : « Les infirmiers ont fait le pas de se former et ce n'est pas évident et maintenant elles vont se heurter à certaines réticences des médecins ».

MG n° 7 : « il y a des infirmières intéressées mais 2 ans de formation supplémentaire c'est énorme, pendant ce temps elles sont libérales, elles se mettent quoi ? Au chômage ? (...) A mon sens, ils n'ont pas réfléchi à toutes les problématiques qui vont se poser ».

3.3 – Les freins mis en évidence de cette collaboration

Selon un médecin généraliste, la mise en place de l'IPA ne peut être comparé à la pluridisciplinarité qui existe déjà en soins primaires car jusqu'alors les tâches effectuées par les différents acteurs étaient indépendantes les unes des autres constituant un

ensemble à organiser et à lier. Le principe de l'IPA est la mise en place d'un exercice substitué des tâches du généraliste introduisant une confusion :

MG n°10 : « J'ai beaucoup de mal à imaginer cette collaboration car j'ai le sentiment que c'est l'évolution de la nature de l'exercice de la MG qui est en train d'être un peu « aliénée ». La médecine générale c'est une médecine globale qui prend en compte à la fois la dimension somatique, psychologique, morale etc... C'est une médecine vraiment globale, de l'Homme total, il est bien évident que si on adjoint au Médecin Généraliste, une IPA selon les modalités décrites, et bien j'ai l'impression que cet Homme total va être mutilé. J'imagine donc mal cette collaboration, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit impossible, mais à ce moment il faut consentir que l'exercice même de la MG va complètement évoluer. (...) On n'est pas dans une spécialité médicale, on est dans la promotion d'une spécialité paramédicale. C'est tout à fait différent. Les spécialistes médicaux, agissent en complémentarité avec les MG qui ont de plus en plus un rôle de décision et de synthèse ».

Cette opinion diverge avec celle d'autres médecins interrogés qui à l'inverse pensent que l'IPA est représentative de la collaboration de demain :

MG n°5 : « On est en train de faire le focus sur l'IPA mais c'est à mon avis une mise en relief du fonctionnement de coordination en groupe. (...) Cette relation, c'est celle que je souhaiterai avoir avec les autres professionnels de santé (...) A mon avis, les autres professions ont le lourd héritage de leur fonctionnement libéral isolé : au final, ils pensent seuls alors que là, l'IPA, elle pense forcément à deux avec le médecin avec qui elle travaille et à mon avis c'est ça la place du médecin dans la médecine moderne d'aujourd'hui ».

Certains médecins interrogés mettent l'accent sur le fait que les IDEL sont aujourd'hui suffisamment performantes au sein des soins primaires et donc qu'il n'est pas nécessaire d'introduire cette pratique avancée :

MG n°13 : « On a ici des bonnes équipes d'IDE qui nous mâchent le travail, on arrive chez les gens, diabétiques notamment, pour la visite des 3 mois, et on n'a presque plus rien à faire. T'as sur les semaines, l'évolution du poids, du diabète, on sait si le patient se

sent bien ou pas bien. Elles nous font un check-up, on arrive, on a même plus besoin de rien faire, on lit ce qu'elles ont fait et on pourrait prendre les décisions presque ».

Certains médecins généralistes évoquent des freins d'ordre financier :

MG n°14 : « D'un point de vue financier c'est compliqué à organiser car il faut un cabinet ou un local spécifique pour l'IPA pour recevoir les patients mêmes si elle peut les voir à domicile, globalement il faut un endroit pour recevoir les patients. Or, en libéral, un endroit c'est un loyer et avec la façon dont les IPA aujourd'hui sont payés c'est compliqué d'avoir un loyer ».

MG n°20 : « Je pense qu'il ne faut pas se leurrer, il faut que ce soit intéressant financièrement pour tout le monde. Il faut que tout le monde y trouve son compte. Si c'est juste du temps perdu à vérifier ce qu'a fait l'autre sans que ça t'apporte de l'argent, au bout d'un moment travailler gratuitement, on en fait toujours plus tous les jours. »

La question de la responsabilité est également un frein. Au travers des entretiens, on identifie que la question de la responsabilité est très peu envisagée, même pour les médecins qui ont déjà initié ce travail de collaboration un IPA :

MG n°1 : « Qui est responsable dans cette histoire ? Soit on est responsable de ce qu'elle fait donc faut tout superviser. Soit elle fait des choses dont on ne peut pas être responsable (...) Je n'ai pas envie d'être responsable d'une chose qu'une infirmière fait sans que je le sache ».

MG n°2 : « C'est le généraliste qui endosse la responsabilité. (...) Est-ce qu'il doit valider chaque acte ? Non, je pense qu'ils sont capables de prescrire et de valider leur acte sous la responsabilité du médecin ».

MG n°5 : « En pratique, on a un fonctionnement en binôme, on le voit comme une responsabilité partagée du binôme. De toute façon, si y'avait un problème toutes les prescriptions qu'elle fait sont validées de ma part, donc soit sans que je ne dise rien parce qu'elle renouvelle à l'identique, dès qu'elle fait varier une posologie, je l'ai au téléphone avec le patient en face. Je pense que ma responsabilité est liée forcément. La sienne à hauteur ... de la responsabilité d'une IPA ! (Rire) Je ne sais pas ».

POSITIONNEMENTS DES ACTEURS DES SOINS PRIMAIRES

- **Le médecin généraliste** s'insère dans le cadre de la collaboration dans un rôle « d'expert », selon les médecins participants. Ce rôle, plus enclin à **mettre en avant ces capacités d'analyse et de synthèse**, repositionnerait le médecin généraliste dans une posture de « spécialiste médical » lui permettant ainsi de conserver un rôle clé dans la prise en charge du patient. Ce rôle d'expert induirait selon les médecins interrogés une **forme de mise à distance du médecin du patient**, ce qui, pour une grande partie des médecins interrogés, **représente une inquiétude**, notamment à propos des conséquences de cette distanciation sur la relation qu'il entretient avec le patient.

- **L'infirmier en pratique avancée** doit être vu comme un professionnel à part entière qui **apporte une expertise** dans la prise en charge du patient. Des **craintes concernant cette posture de l'IPA émergent du discours des médecins interrogés** notamment la crainte que l'IPA **joue le rôle d'un substitut** du médecin généraliste **qui pourrait outrepasser ces fonctions** et **prennent à terme un positionnement prédominant dans la prise en charge du patient** par le biais d'une autonomie et d'une prise de décision plus importante que pour un IDE libéral classique. Il est toutefois constaté que, faute d'expérience pratique de collaboration avec les IPA, les **médecins interrogés basent leurs opinions sur la collaboration qu'ils expérimentent actuellement avec leurs IDE**. Il existerait donc une influence de la relation du médecin avec les IDE avec qui il travaille sur l'idée que se font les médecins interrogés sur la pratique avancée, indépendamment des capacités et connaissances supplémentaires acquises par les IPA au cours de leur formation pratique et théorique.

- **Des flous persistants autour de ces nouveaux positionnements.**

→ La **responsabilité engagée par les acteurs de la collaboration n'est pas claire et est variable selon le médecin interrogé.**

→ L'organisation de cette collaboration implique des **coûts financiers et humains** qui remettent en question certains médecins sur la rentabilité d'une telle collaboration, voire de sa pertinence.

CONCLUSIONS

UN NOUVEAU TYPE DE COLLABORATION AU SEIN DES SOINS PRIMAIRES

1 - La mise en place de cette collaboration **nécessite un ensemble de prérequis** telle que la connaissance des rôles de chacun des acteurs de la collaboration et l'instauration d'une organisation claire et fixe dans les tâches des uns et des autres permettant la mise en place progressive d'une relation de confiance professionnelle, constamment influencée par l'exercice pratique de cette collaboration.

2 – La collaboration médecin généraliste et IPA se présente sous la **forme d'une coopération de l'ensemble des acteurs du soin**, dont le mode de fonctionnement s'articule, non plus de manière pyramidale, avec le médecin généraliste au sommet de cette vision hiérarchique, mais sur la **prise en charge conjointe des différents professionnels**, tous égaux dans la prise en charge du patient.

3 – Le point particulier de cette nouvelle organisation interprofessionnelle est la mise en place d'une **délégation de tâches effectuées initialement par le médecin généraliste et attribuées à l'IPA**, variable selon les protocoles établis entre ces deux acteurs.

4 – Des **divergences d'opinions sont visibles entre les médecins** interrogés sur la **nature et le mode de mise en place de cette délégation de tâches**, notamment pour des actes « sensibles » comme le renouvellement des traitements médicamenteux.

5 – Les **divergences d'opinions sont le reflet des craintes et des doutes induits par les représentations des médecins généralistes** sur la pratique avancée des infirmiers. Ces craintes semblent se focaliser sur les conséquences de cette nouvelle organisation, notamment sur les conséquences du changement de position du médecin au sein des soins primaires et l'appréhension du rôle et du positionnement encore peu clair de l'IPA.

6 – Il est toutefois relevé que le manque d'expérimentation de la plupart des médecins interrogés de la pratique avancée, **induit une vision biaisée de cette**

pratique avancée des infirmiers, celle-ci se basant sur la collaboration avec les IDE et non les IPA.

III – En quoi la collaboration médecin généraliste et IPA influence la relation que le médecin entretient avec le patient ?

Cette troisième question avait comme objectif de faire réfléchir le médecin interrogé sur sa propre relation avec son patient et la pratique qui y est associée afin de mettre en évidence les influences que pouvaient apporter une collaboration avec un IPA dans ce contexte.

Nous avons identifié cinq thèmes reliés à cette question :

- **La relation médecin généraliste et patient dans le contexte hors IPA**
- **Une nouvelle prise en charge**
- **La vision du patient sur cette collaboration**
- **La distance entre le patient et le médecin**
- **Craintes des médecins généralistes vis-à-vis du patient**

1 – La relation médecin généraliste et patient dans le contexte hors-IPA

Les patients sont attachés à leur médecin et inversement. Certains médecins parlent même d'une sympathie voire d'une affection envers leur patient :

MG n°6 : « On n'est pas affectueux, ce n'est pas le mot, mais on a une sympathie, une amitié et cette relation "médecin-patient" risque d'être distendue »

MG n°3 : « Des fois ça peut être difficile aussi. Peut-être que certains médecins sont attachés à leur patients et n'ont pas envie qu'on prenne leur patient mais je pense que ce n'est pas trop notre esprit »

La mise en place de cette prise en charge par l'IPA dépend de la relation qu'entretient le médecin généraliste et le patient à la base :

MG n°7 : « Je pense que ça dépend de sa relation au MG actuellement. Actuellement, sur un lieu où le MG est inaccessible et où les rendez-vous se prennent trois mois à l'avance ou que le patient a des difficultés à prendre rendez-vous, le patient verrait tout à fait le bénéfice parce que lui aurait souvent rendez-vous avec l'infirmier quand il a en besoin et gagnerait du temps s'il doit voir son MG en urgence pour autre chose ».

Il faut un temps avant que le patient apprivoise le médecin et inversement. Ce temps d'adaptation est obligatoire et nécessaire pour que la prise en charge se fasse dans les meilleures conditions :

MG n°8 : « J'ai lu qu'il faut un certain temps pour apprivoiser les patients et qu'ils nous apprivoisent à leur tour. C'est vrai que cette relation se construit si on se voit régulièrement et qu'on a confiance l'un dans l'autre ».

Avec l'introduction d'un tiers au sein de la consultation (comme un étudiant en médecine), on constate que la relation n'est pas la même que lorsque le médecin généraliste est seul. L'introduction d'un tiers qui n'est pas forcément présent lors de la consultation avec le médecin, risque de faire le même effet :

MG n° 17 : « La relation médecin-patient n'est pas basée que sur des actes médicaux de prescription, d'examen, il y a tout un feeling qui se met en place, de la relation non verbale et donc si on met notre personne dans cette boucle-là, j'ai peur que ça appauvrisse un petit peu la relation entre le MG et le patient ou alors faut que ce soit bien cadré. Déjà, ça ne va peut-être pas te plaire ce que je vais te dire, quand on introduit une autre personne, comme un étudiant souvent, on perçoit de suite que la relation n'est pas pareille. Ce n'est pas le même lien qui s'instaure, même si l'étudiant est à côté ne dit-rien et observe, ce n'est pas la même chose. Le relationnel n'est pas pareil. Pour les IPA on ne serait pas dans le même temps, mais en parallèle, mais je me dis que ça pourrait faire le même effet »

LA RELATION MEDECIN-PATIENT AVANT LA PRATIQUE AVANCEE

- Dans le contexte classique, la **plupart des médecins interrogés évoquent une relation unique avec leurs patients** qui, bien qu'elle se mette en place de manière progressive, aboutit *in-fine* à des échanges forts.
- **L'introduction d'un tiers au sein de cette relation**, même s'il peut être accepté, **est délicate et peut faire l'objet de réticences** de la part du patient comme du médecin.

2 - Une nouvelle prise en charge

Afin de laisser de permettre à l'IPA d'avoir une place, il est nécessaire pour les médecins participants d'abandonner cette idée de dualité entre le médecin généraliste et son patient. L'expérience acquise avec des internes en médecine ou un infirmier ASALEE montre que ce fonctionnement est possible :

MG n°3 : « Il faut perdre le côté "binôme" pour y impliquer un autre professionnel. Tout ça dans l'intérêt du patient. C'est quelque-chose qu'on fait déjà quand le patient voit l'interne en médecine ».

MG n°4 : « un IPA c'est toujours bénéfique pour le patient, je le vois avec l'infirmière ASALEES. C'est toujours mieux, le patient est mieux suivi, mieux encadré ».

MG n°18 : « On le voit déjà avec les infirmières ASALEES. Ce n'est pas quelque chose qui change. Ça apporte un autre regard, c'est très enrichissant, c'est quelqu'un d'autre qui regarde le patient qui va poser des questions différentes ».

Les médecins interrogés insistent sur l'importance de s'assurer que cette prise en charge soit bien annoncée au patient et qu'il comprenne que de plus en plus elle s'effectue non pas par un médecin unique mais par une équipe soignante. Expliquer que ce n'est plus un duo mais un trio que forment le patient avec l'IPA et le médecin :

MG n°14 : « C'est le médecin qui va présenter l'IPA avec le médecin c'est l'idéal. Si on présente correctement, si c'est bien défini, le patient va avoir un sentiment de qualité de prise en charge que le médecin généraliste ne peut plus offrir, ne serait-ce que dans le temps ».

MG n°3 : « C'est quelque chose qu'il va falloir travailler avec lui en amont car on ne peut pas louper cette proposition. (...) Il y aura une petite éducation au niveau des patients en disant « ce n'est pas parce que vous voyez l'IPA que vous êtes moins bien pris en charge » ».

MG n°4 : « Si c'est bien présenté au départ et qu'on explique exactement son rôle et qu'on le présente comme une plus-value. Je pense que le patient voit ce nouvel intervenant comme un plus. Il voit bien que le médecin des fois est un peu pressé et je pense qu'avec l'IPA ça peut être une relation ».

Cette annonce doit également contenir le fait que le médecin ne se débarrasse pas de son patient et qu'il reste joignable en cas de besoin :

MG n°9 : « Je pense qu'il faut savoir trouver les mots pour pas lui dire « la prochaine fois vous serez vu par mon collègue ». Ça donne l'impression qu'on se débarrasse d'eux et ce n'est vraiment pas le cas. Ce n'est pas comme ça qu'on le vit ».

MG n°19 : « Il y a toujours cette idée de rassurer le patient dans un premier temps. Le fait qu'il y ai une collaboration avec un IPA et sur le fait qu'on reste joignable et accessible selon ces demandes ».

INTEGRER UN NOUVEAU FONCTIONNEMENT DES SOINS

- La prise en charge du patient dans ce contexte est envisagée comme une **prise en charge par une équipe non plus par le médecin généraliste uniquement.**
- Il est nécessaire pour les médecins interrogés de **perdre cette dualité « médecin – patient »** afin d'intégrer l'infirmier en pratique à la prise en charge.
- Ce type de prise en charge fait donc état d'un **changement de paradigme** dans la pratique de la médecine générale en France.
- Ce renouveau implique, selon une majorité de médecin interrogés, de **préparer le patient à ce nouveau mode de fonctionnement et le rassurer** quant à la continuité des soins du médecin.

3 – La vision du patient sur cette collaboration

Quelques médecins interrogés expriment l'idée que les patients sont compréhensifs de la charge de travail et comprennent ce genre de collaboration :

MG n°3 : « Après nos patients savent, que beaucoup disent « oui c'est compliqué de vous avoir » peut-être que le lien sera plus facile avec l'IPA qui sera plus disponible pour eux ».

Cependant, cette prise en charge par une équipe serait appréciée à divers degrés selon les médecins interrogés :

MG n° 5 : « Il y a plusieurs profils. Ça va du patient qui refuse (...) mais au bout d'une année, ils voient que les autres patients le font (...) et ils finissent par accepter. Il y en avait beaucoup qui disent clairement, "on préfère que ce soit vous" (...) ils comprennent bien que s'ils veulent être suivis correctement, ils finissent par accepter pas forcément ravis. (...) Il y a aussi des gens ravis, il ne faut pas l'oublier (...) "Vous avez de la chance de l'avoir. Ah ! Et puis elle est compétente, elle s'y entend", ça ressort tout le temps. Le troisième point qui ressort c'est « Elle m'a regardé sous toutes mes coutures, de la tête aux pieds » ».

Les médecins pensent que les patients vivraient la prise en charge de manière positive et auraient la sensation d'être mieux pris en charge. Cependant, certains craignent que certains patients vivraient cette prise en charge comme « au rabais » :

MG n°21 : « Je pense, enfin j'imagine, que le patient va croire qu'il est mieux pris en charge parce qu'il y a plusieurs regards sur l'équipe. L'IPA contacte l'IDE, il n'y a pas que le Médecin, il y a un lien entre le médecin, l'IPA et l'IDE. Après faudrait pas, dans l'autre sens, que le patient pense qu'on se décharge tout sur l'IPA et qu'il soit soigné "au rabais". C'est un peu ma crainte aussi ».

VISIONS DU PATIENT SUR LA COLLABORATION

- Selon les médecins participants, les **patients seraient compréhensifs de la surcharge de travail** des médecins généralistes et **comprendraient les avantages liés à cette pratique avancée** des infirmiers.
- Bien que compréhensifs, les patients **accueilleraient de manière diverses les infirmiers en pratique avancée** avec l'idée que l'IPA les soigneraient moins bien.

4 - La distance entre le patient et le médecin

La distance effective entre le médecin et son patient risque d'aggraver le mécontentement de certains patients qui trouvent que certains médecins ne sont pas suffisamment disponibles pour leur prise en charge. Cette idée serait davantage prédominante dans les zones rurales.

MG n°20 : « Ils ne seraient pas contents. Déjà je vois qu'il y en a qui râlent quand c'est l'interne. J'essaye de leur présenter ça positivement, les avis complémentaires, des gens qui ont d'autres expériences, ils rattrapent des trucs que j'ai pu oublier... Mais beaucoup râlent car je ne les vois pas souvent ».

MG n°17 : « Je ne sais pas si ce serait bien perçus en campagne. Je pense que les patients en zone rurale sont très attachés à leur médecin, je l'ai vu quand je suis parti. Donc déléguer certaines tâches à un autre professionnel de santé, je pense que ce serait mal perçu en effet, vu comme de l'abandon, ou du moins je pense qu'ils le verraient comme une mise à distance de la relation médecin patient. Je ne suis pas sûr que ce soit bien perçu ici ou alors faut le cibler dans des indications précises, comme on le fait pour l'ASALEE et ça peut passer un peu mieux. Si on se met à le faire de façon systématique pour tout le monde, j'ai peur que ce soit mal perçu ».

L'introduction de la pratique avancée fait craindre du point de vue du médecin, une perte de la confidentialité qu'il était possible d'obtenir dans cette relation duelle médecin-patient et que par la suite que le patient ne se livre moins qu'auparavant :

MG n°8 : « Si on voit quelqu'un tous les 2-3 ans, je ne sais pas comment c'est prévu, mais de manière plus ponctuelle, peut-être que le patient n'aura pas le même bord et n'osera pas parler de choses alors qu'il nous en aurait parlé spontanément si on l'avait vu plus souvent. Et ce pour des éléments pas forcément en lien avec leurs pathologies ».

Mettre de la distance entre le patient et son médecin induirait l'idée que le médecin puisse s'occuper de davantage de patients puisque l'IPA prend en partie le relais. Certains médecins mettent en évidence l'idée qu'avec leur propre vécu, diminuer la fréquence de renouvellement d'ordonnance ou le fait de ne pas voir le patient pendant une plus longue durée pour des raisons diverses (consultations interne, médecin-remplaçant) impliquerait de ne plus savoir qui il est :

MG n°19 : « Je pense que j'espacerais davantage mes prescriptions. Je les reverrais moins souvent. Donc ça me permettrait de voir plus de patients. C'est sûr que cette mesure-là va nous faire libérer du temps pour pouvoir consulter d'autres patients je pense ».

MG n°13 : « Si on veut faire de la médecine humaine, au bout d'un an on saura plus trop qui il est, parce que dans la tête d'un humain, tu ne peux pas rajouter... je ne sais pas mais admettons qu'un généraliste a une patientèle d'environ 1000-1200 patients en Aveyron, ça veut dire que dans cette patientèle tu es capable d'identifier et de connaître tous les patients. Savoir ce qu'ils ont, ce qu'ils ont eut, et puis savoir comment fonctionne la relation avec eux. Je pense que si l'objectif c'est d'augmenter les patientèles de 3000 ou 2000 parce qu'il y a plus de généralistes, ça sera plus possible cette possibilité de savoir qui est "Monsieur" ou "Madame." »

DISTANCIATION DU MEDECIN ET DU PATIENT

- La distance entre le patient et son médecin semble être un **élément défavorisant la pratique avancée des infirmiers selon médecins interrogés.**
- Cette distanciation entre le médecin et le patient est la conséquence en partie de la nouvelle répartition des rôles des acteurs du soins. Cette distanciation **induit des craintes de la part des médecins interrogés sur les répercussions qu'elle entraîne sur la relation entre le médecin et le patient.**
- Il est ainsi évoqué l'idée **qu'une perte de vue des patients par cette distanciation induirait une perte de confiance et une perte de ce lien fort** qui les lient à leur médecin.
- Il est admis par certains médecins que **cette distanciation permettrait une augmentation de l'effectif total des patients pris en charge** par un même médecin généraliste, cependant cette idée est modérée par d'autres médecins participants qui mettent en évidence le fait que **cette possibilité se ferait au dépend de la prise en charge individuelle et personnalisée**, impossible selon eux au-delà d'un certain nombre de patients suivis.

5 – Craintes des médecins généralistes vis-à-vis du patient

Crainte que ce nouveau rôle soit déstabilisant pour les patients induisant ainsi une confusion entre les rôles des différents intervenants. Cette confusion induirait une perte de crédibilité du médecin ou de l'IPA en cas de désaccord sur sa prise en charge :

MG n°10 : « Le problème est de savoir comment le patient percevra l'intérêt de l'intervention de l'IPA. Est-ce que pour le patient, l'IPA sera un "sous-médecin" ? est-ce qu'elle sera un "auxiliaire médical" au sens classique du terme ? Quel sera le statut de l'infirmière du point de vue du patient ? ça c'est quelque chose qui n'est pas facile à définir parce que je crains que si ce statut n'est pas clair, cela contribue aussi à déstabiliser le patient. Parce qu'une infirmière qui a en charge par exemple, le suivi d'un patient chronique qui a la capacité de modifier les traitements, les capacités d'adresser un spécialiste, à la limite ce sont des actes médicaux. Ces actes médicaux, si on découvre que c'est une infirmière qui va les faire, il va se demander qui est le médecin, qui est l'infirmier. Cette confusion des genres me paraît préjudiciables justement à l'exercice de cette médecine globale qui est fondée sur une relation médecin-malade qui est une relation qui est le socle de l'exercice de la discipline. Ce socle, me semble-t-il, va être bafoué par cette démarche ».

Si le rôle de chacun des acteurs est connu, le patient sait vers qui se tourner en fonction des problématiques et le fait d'avoir une personne ressource supplémentaire permettrait davantage d'adhésion thérapeutique du patient :

MG n°7 : « Après, ce n'est pas quelque chose qui m'inquiéterait dans la mesure où la collaboration est bonne, le patient comprendrait la place de chacun. Il arriverait à savoir qui agit à quel moment ».

Selon certains médecins, les patients se sentiraient plus libres de s'exprimer avec un infirmier et auraient une relation plus proche qu'avec le médecin :

MG n°8 : « Je pense qu'ils sont plus libres avec les infirmières. J'ai une vision biaisée car les patients qui ont l'infirmière à domicile, c'est une profession différente que celle qu'on aborde (les IPA). Mais c'est vrai qu'elles sont au domicile, il y a une relation plus proche. Elle les voit plus souvent. Après si les IPA remplissent un rôle médical, peut-être qu'ils seront un peu moins craintifs qu'avec un médecin, je ne sais pas. Ça dépend quel rôle il prend ».

CRAINTES DES MEDECINS GENERALISTES VIS-A-VIS DU PATIENT

- Certains médecins estiment que ce **fonctionnement des soins primaires apporte une complexité** qui pourrait être **source de confusion** pour le patient dans sa prise en charge.
- Une **clarification des rôles des acteurs du soin permettrait toutefois une meilleure compréhension de ce fonctionnement** et ainsi une **meilleure adhésion** aux soins proposés.

CONCLUSIONS
**INFLUENCE DE LA COLLABORATION SUR LA RELATION MEDECIN-
PATIENT**

- 1 – Le médecin généraliste et le patient entretiennent une **relation unique et forte**.
- 2 – **L'introduction d'un tiers** au sein de cette relation est **difficile**.
- 3 – Cette **relation médecin-patient doit évoluer** pour permettre **d'inclure l'infirmier en pratique avancée**.
- 4 – L'introduction de l'IPA dans la relation médecin-patient et le nouveau positionnement du médecin dans le fonctionnement des soins primaires, en tant qu'expert, induirait une **distanciation dans la relation médecin patient**.
- 5 – Cette distanciation impliquerait une **perte du lien et de confiance** ce qui induirait des **conséquences sur la prise en charge du patient par le médecin**.
- 6 – Ce nouveau fonctionnement des soins primaires permettrait en théorie un **meilleur rendement des soins apportés** par le médecin mais au dépend d'un **exercice médical moins personnalisé**.
- 7 – Ce nouveau fonctionnement des soins primaires présente une certaine **complexité qui pourrait faire perdre l'adhésion du patient**.
- 8 - Une **clarification des rôles des acteurs** favoriserait une meilleure compréhension et donc une meilleure adhésion à ce nouveau fonctionnement.
- 9 – L'accueil de ce nouveau **dispositif par les patients** serait mitigé selon les médecins interrogés, celui-ci **dépendant de la relation qu'entretiennent les patients** avec leur médecin, de leur **propre conception** du rôle médical et de leur **compréhension des difficultés** des soins primaires.

IV – Comment l'exercice médical des soins primaires est influencé par l'introduction de la pratique avancée des infirmiers ?

Cette quatrième et dernière question permettait aux médecins généralistes d'évaluer l'influence de l'instauration de la pratique avancée non plus dans le cadre de leur exercice personnel mais dans le contexte médico-socio-économique des soins primaires en France.

Après l'analyse des résultats, nous avons identifié deux thèmes reliés à cette question :

- **Observations d'une évolution dans le temps de la pratique de la médecine générale**
- **Une collaboration qui pousse la réflexion sur le fonctionnement des soins primaires.**

1 – Observations d'une évolution dans le temps de la pratique de la médecine générale

Les médecins généralistes expriment une évolution dans le temps des pratiques de la médecine générale :

Une évolution de la médecine générale avec une prise en charge effectuée non pas par un seul acteur mais par une équipe au service du patient :

MG n°12 : « J'espère qu'il y aura suffisamment de médecins pour pouvoir travailler en association, intelligemment parce que le médecin isolé il n'a plus d'avenir du tout à mon sens, même que ce soit en ville, en semi-rural ou rural. On voit plus de médecins associés que de médecin seul ».

MG n°14 : « Ce qui change finalement, est-ce que c'est normal, je n'en sais rien, c'est la relation duelle entre le médecin et le patient, relation qui évolue de plus en plus vers un patient et une équipe en soins primaires. Ça ce n'était pas vrai 15 ans en arrière. »

Une évolution de la médecine générale avec une médecine plus administrative qu'autrefois :

MG n°6 : « Le métier à évoluer en 30 ans. Il y a plus d'administratif, de contraintes (Soupirs) avec la sécu, pour les 100% ».

Une évolution sur le relationnel entre les acteurs du soins, partant de conflit d'intérêt entre les acteurs du soin, notamment chez les médecins, vers une pluridisciplinarité et un exercice de groupe, inimaginable il a quelques décennies auparavant :

MG n°6 : « Je suis un vieux de la vieille. Les jeunes en revanche peuvent penser différemment. Avant c'était la guerre entre les médecins, ça l'est toujours. Il n'y avait pas de confraternité, dans les petits villages c'était à couteau tirés, ça a changé »

UNE EVOLUTION PERPETUELLE DE LA MEDECINE GENERALE

- Les médecins interrogés font état d'une **évolution perpétuelle de la médecine générale qui n'est pas une médecine ancestrale et immobile.**
- Il est noté que l'exercice de la médecine générale s'est **progressivement modifié avec l'idée d'une prise en charge de plus en plus axée sur la pratique pluridisciplinaire** avec un abandon progressive de l'exercice solitaire, notamment par les jeunes générations de médecin généraliste.
- Il est remarqué par les médecins interrogés également que **l'exercice de la médecine générale est davantage contraignant sur le plan administratif.**

2 – Une collaboration qui pousse la réflexion sur le fonctionnement des soins primaires.

Un médecin généraliste exprime l'idée que ce genre de collaboration est l'aboutissement d'une sorte d'idéal, une collaboration qu'il aurait souhaité au début de sa carrière :

MG n° 14 : « ça fait 36 ans que je suis installé. Il n'y a que maintenant que se mettent en place des choses dont je rêvais il y a 30 ans (rires). C'est dommage je vais prendre ma retraite bientôt. Ça veut dire que mon exercice change, ma vision de la MG n'a pas beaucoup changé, même si quand même un peu, dans la mesure où ce qui est en train d'arriver, ne correspond exactement à ce que j'ai rêvé et essayé de mettre en place il y a une trentaine d'années avec des copains ».

Quelques médecins participants s'interrogent sur l'intérêt de cette multiplicité de prise en charge par certains médecins car même si en théorie le patient est mieux soigné, est-il prêt à autant s'investir pour sa santé ? :

MG n°9 : « Chez nos patients chroniques on a des prises en charge qui sont devenues complexes par les compétences qu'on a maintenant et les moyens techniques. Mes patients chroniques, j'ai l'impression de les "presser comme des citrons" pour arriver à les prendre en charge selon toutes les recommandations. C'est très bien que l'IPA vérifie les examens effectués par le patient, si ça évite à ce dernier de me voir. Si ça vient en plus de ma propre prise en charge, ça veut dire qu'au lieu de faire, une consultation tous les 3 mois, il va en faire deux, et ça c'est pour les patients chroniques où tout va bien. Moi je suis aidée, mais mon patient, c'est le même patient, la même personne et ça je trouve quand même que c'est lourd pour eux ».

Certains médecins expriment également l'idée qu'il existe une pénurie de médecins mais également d'infirmiers. Si les infirmiers s'orientent vers des formations d'IPA, est-ce que le problème est réglé ? :

MG n° 2 : « On manque d'infirmiers aussi, alors je ne sais pas comment ça va fonctionner. C'est vrai que les infirmiers sont recherchés donc voilà, si on les dévoie à les envoyer à travailler avec des médecins, est-ce que c'est une solution idéale ? Je ne sais pas ».

Par ailleurs, il subsiste l'idée que le label « Pratique Avancée » d'un IPA ne fera pas systématiquement de lui un bon collaborateur du médecin généraliste.

MG n°13 : « Avec mes quelques années d'expérience, je me rends compte qu'il ne suffit pas d'être infirmier labellisé "pratique avancée" ou autre pour être compétente. Comme il ne suffit pas d'être infirmière pour savoir faire un certain nombre de choses.

La pratique avancée des IPA a été mise excessivement rapidement en France, ne laissant pas le temps suffisant pour mettre en place les dispositifs nécessaires à une bonne introduction de cette collaboration :

MG n°14 : « Pour l'instant ce qui est dramatique, c'est pour ça que je te dis qu'on a été vite pour mettre en place la formation parce que derrière ça n'a pas suivi puisque même pour être payé par la sécurité sociale ce n'est pas possible car il n'y a pas les arrêtés qu'il

faut. On est sur quelque chose qui se fait, avec des gens qui vont se former, qui y passe du temps et de l'énergie et derrière on n'a pas les éléments qui permettent de le mettre en place. On est déjà en train de parler des IPA aux urgences sans savoir réellement ».

Il existe une crainte de la part des médecins généralistes que ce genre de nouvelle collaboration éloigne les différents acteurs du principe de prise en charge globale qui est l'essence même de la médecine générale. Ce rôle de synthèse risque d'être mis à mal par cette multiplicité des acteurs et le morcèlement de l'activité :

MG n°10 : « Les spécialistes médicaux, agissent en complémentarité avec les MG qui ont de plus en plus un rôle de décision et de synthèse. La notion de synthèse sera contrariée par le morcèlement de l'activité, je pense que la MG va être fragilisée ».

Certains médecins généralistes mettent en évidence le fait que la médecine générale est malmenée et délaissée par des décisions politiques et que la mise en place de la pratique avancée des infirmiers est une solution « rustine » ne permettant pas de faire face à toutes les difficultés. Pour surmonter les difficultés plus profondes, une refonte plus complète du fonctionnement des soins primaires semble nécessaire. Selon les médecins participants, aucun personnage politique n'ose mettre en place cette refonte générale du fait d'un risque politique mais également économique. Dès lors, même si la plupart des médecins généralistes interrogés estiment que la situation démographique des soins primaires exige des mesures, cette solution, même si elle peut présenter un intérêt en soins primaires, est insuffisante face aux défis que rencontre la médecine générale aujourd'hui :

MG n°10 : « Je pense que, dès lors que le champ d'exercice va être amputé dans une certaine mesure et d'autre part, dans la mesure où elle n'aura pas forcément la maîtrise en fait de cette délégation, l'exercice proprement dit de la médecine générale qui a été ébréché par les coups de boutoir de l'administration, va continuer à se lester. Je crains que si les choses se mettent en place de cette manière, d'ici 10, 15 ou 20 ans, la notion même de médecine générale aura disparue. On peut imaginer à ce terme, une médecine purement technique, on fait de l'imagerie partout, on détecte tout et puis l'infirmière traitera les pathologies courantes. Je crois que c'est l'exercice même de la médecine générale qui est en jeu ».

MG n°14 : « *Tout ça pour dire qu'on écrit des choses avant de savoir ce qu'on fait. Le système de santé est en mutation et malheureusement j'ai peur, même si je participe à cette formation, que les IPA ne rendent pas forcément les services qu'on attendait et qu'à la place, elles participent à l'incohérence de plus en plus grande de notre système de santé en soins primaires* ».

UNE MEDECINE NOUVELLE POUR REpondre A DES ATTENTES

- La mise en place de la pratique avancée des infirmiers permet pour certains médecins interrogés **d'accéder à une pratique coopérative idéale permettant une prise en charge complète et adaptée aux évolutions des besoins des patients et des soignants.**

DES POINTS DE FAIBLESSE NON RESOLUS

- Bien que le mode de fonctionnement des soins primaires ait évolué avec une tendance à la pluridisciplinarité de prise en charge, il est noté par certains médecins que la **pratique avancée des infirmiers implique, d'une manière ou d'une autre, l'intrusion d'un professionnel de santé (l'infirmier) dans la prise en charge effectuée par un professionnel de santé (le médecin)**, marquant ainsi une étape dans la prise en charge pluridisciplinaire qui jusqu'alors délimitait relativement clairement les axes d'interventions de chacun des acteurs.

- La **multiplicité de prise en charge du patient par des moyens techniques et humains de plus en plus importants et spécialisés** est conçue pour rendre service au patient. Cette **multiplicité induit une complexité qui induirait non plus une idée de service mais une idée de contrainte** pour le patient.

- Cette complexité de prise en charge des patients constitue selon certains médecins participants un **morçèlement d'un type d'exercice médical qui se veut au contraire synthétique.**

- Ce changement de vision de la médecine générale, proche de celui du système hospitalier, **semble ne pas convenir à la pérennité de l'activité de médecine générale.** Dès lors, il est légitime de se demander si la vision de la médecine générale est compatible avec la vision du milieu hospitalier vers laquelle tend ce genre de réforme des soins primaires.

- La mise en place de la pratique avancée de l'infirmier est présentée comme une solution aux difficultés rencontrées pour permettre une prise en charge complète et adaptée des patients. Cette **solution semble, selon les médecins interrogés, insuffisante et incomplète** pour permettre de faire face à l'ensemble des enjeux des soins primaires aujourd'hui, menaçant même, pour certains, l'avenir de la médecine générale.

CONCLUSIONS

INFLUENCE DE LA PRATIQUE AVANCEE SUR LA PRATIQUE MEDECINE GENERALE

1 - L'exercice de la médecine générale est une pratique complexe de la médecine qui a **évolué avec le temps vers un mode de fonctionnement et d'organisation collaboratif et pluridisciplinaire** abandonnant progressivement un exercice seul et isolé du médecin.

2 – L'introduction de la **pratique avancée des infirmiers** est, pour certains médecins généralistes, la **suite logique de cette mutation** qui favorise l'exercice collectif au dépend d'un exercice solitaire mal coordonnée, aboutissant ainsi à une organisation considérée comme idéale pour certain.

3 – Cependant, cette organisation implique des **questionnements sur la vision de l'exercice médical** qui varie selon les intervenants.

→ Ce nouveau fonctionnement implique une **complexité du parcours du soin** qui peut pour le patient être source de contrainte et pour le médecin une source de difficulté à exercer son art.

→ Cette organisation semble **promouvoir la prise en charge spécialisée au cœur des soins primaires avec des acteurs toujours plus performants** dans le contexte de médecine de pointe. Cette organisation semble attirante pour une meilleure prise en charge des patients mais implique un abandon de la médecine de synthèse qui serait, pour certains médecins interrogés, l'essence même de la médecine générale. Il y aurait donc une vision « hospitalière », c'est-à-dire catégorisée et spécialisée de la médecine générale qui s'opposerait à une médecine générale « de synthèse » plus globale et humaine.

4 - Il est constaté par les médecins généraliste que cette organisation nouvelle se veut **novatrice mais ne l'est que de manière superficielle** et semble utile mais insuffisante pour faire face aux enjeux des soins primaires.

I – Points faibles et points forts de cette étude

1 – Limites de l'étude

1.1 – Diversification imparfaite de la population cible

Depuis 2016, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été mobilisées pour effectuer un travail d'identification et de regroupement des territoires fragiles sur le plan de l'accès aux soins. Ce maillage régional a permis la constitution, selon un calcul regroupant un certain nombre de critères non précisés ici, d'un zonage des départements Français en Territoire de Vie Santé ou TVS (regroupant plusieurs communes voisines) répartis selon quatre catégories de fragilité :

- Zone d'Intervention Prioritaires (ZIP)
- Zones d'Actions Complémentaires (ZAC)
- Zone de Vigilance (ZV)
- Zone Hors-Vivier ou Hors Zonage (HZ)

Cette identification des territoires fragiles sur le plan de l'accès aux soins a permis entre autres la création et le renforcement d'aides financières à l'installation des médecins selon le zonage du territoire d'installation.

La pratique avancée des infirmiers étant une ressource permettant un accès favorisé aux soins dans certains territoires fragiles, nous pouvons attendre une variation de réponses entre les médecins exerçant dans des territoires fragiles et ceux exerçant dans des zones épargnées.

→ Afin d'être le plus diversifié possible, il aurait été nécessaire d'adapter le recrutement des médecins-participants à cette étude en fonction du zonage. Cet élément a été anticipé mais n'a pas fait l'objet d'une sélection au sein de l'échantillon du fait d'un manque de recrutement au sein de la population source.

1.2 – Format des entretiens

Du fait de la pandémie de COVID 19 limitant la possibilité d'effectuer des focus groupe en présentiel, et des désagréments liés à un format vidéo de groupe, il a été décidé de

recentrer le recueil des données via des entretiens individuels semi-dirigés via un système de visioconférence ou en présentiel.

→ La mise en place de focus group au lieu d'entretien individuel semi-directif aurait été davantage informatif sur les opinions divergentes entre les participants. Cependant, il est, noté malgré cette difficulté, une qualité des échanges qui a permis de mener à bien cette étude.

1.3 – Questionnaire au cours des entretiens

Au cours des entretiens, il a été remarqué une variabilité entre ceux-ci sur la manière de poser les questions. Bien que le guide d'entretien eu été suivi systématiquement pour tous les entretiens effectués, il s'est avéré que la formulation de certaines questions pouvait être variable selon les médecins participants avec certains thèmes plus abordés que d'autres (notamment celui de la responsabilité ou de la confiance).

→ Le manque d'expérience de l'auteur dans la gestion des entretiens est une limite de cette étude.

1.4 – L'objectivité dans l'analyse des résultats : Un défi à relever

Cette étude avait pour objectif de mettre en exergue des opinions et visions des médecins généralistes sur une thématique sujette aux discordances d'opinion. La principale difficulté dans la rédaction de ce corpus fut le maintien de l'objectivité malgré des divergences d'opposition entre les avis des médecins interrogés et les propres opinions du rédacteur.

→ Afin de maintenir cette objectivité, des relectures itératives des données présentes dans les verbatim ont été effectués favorisant ainsi le maintien à l'écart de toute subjectivité de la part du rédacteur. Cependant, il n'est pas exclu, malgré cette attention particulière, que certaines analyses soit influencé par les propres opinions de l'auteur.

2 – Points forts de l'étude

2.1 – Une étude originale sur un sujet d'actualité

L'introduction de la pratique avancée en France est un sujet innovant qui à notre connaissance n'a pas fait l'objet de recherche pour le moment concernant la vision de médecins généralistes sur l'implantation de la pratique avancée des infirmiers. Aux prémices de l'introduction des IPA dans l'organisation des soins primaires, il semble important d'avoir une idée initiale des questionnements, attentes et craintes soulevées par les médecins avant la mise en place effective et ce afin de servir à d'éventuelles futures recherches sur ce sujet.

→ Cette étude s'inscrit pleinement dans l'actualité en abordant un sujet innovant à un moment crucial de la mise en place d'une nouvelle organisation des soins de santé ambulatoires.

2.2 – Un questionnaire testé et la qualité des entretiens

Comme exprimé dans les méthodes, le guide d'entretien a été remanié à plusieurs reprises et testé sur des médecins et non-médecins n'appartenant pas aux critères d'inclusion.

→ Le guide d'entretien ainsi modifié a permis d'optimiser le temps d'échange avec les médecins effectivement interrogés afin d'obtenir des opinions claires et précis et éviter dès lors un éparpillement de réponses sur un sujet aussi vaste que celui de la pratique avancée des infirmiers.

2.3 – Une pluralité de réponse permettant une vision diversifiée

Malgré les difficultés d'obtenir un échantillon de population proche de celui de la population cible, il est noté une variabilité satisfaisante des réponses permettant de mettre en évidence certaines oppositions d'opinions entre les médecins interrogés.

2.4 – Une extraction minutieuse des données

Lors des entretiens nous avons pris soin de laisser suffisamment de temps de parole aux médecins interrogés avec de récupérer des données de la meilleure qualité possible.

C'est pourquoi les entretiens dans la grande majorité des cas ont une durée autour d'une vingtaine de minutes.

Par ailleurs, une fois arrivée à saturation des données, nous avons effectué deux entretiens supplémentaires permettant ainsi d'obtenir des données complètes.

II – Principaux résultats et comparaison à la littérature scientifique

La discussion des principaux résultats est synthétisée sous la figure présente en ANNEXE 6.

1 – Problématique n°1 - La collaboration MG-IPA : Une source d'incertitudes

1.1 – Incertitude liée à une organisation encore floue

Les entretiens effectués au cours de notre étude font état d'une mauvaise compréhension du rôle des IPA de la part des médecins interrogés avec des ambiguïtés perçues notamment sur leur rôle, parfois confondus avec celui d'autres professionnels de santé existants (comme les infirmiers ASALEE) ou en cours de mise en place dans le paysage sanitaire français (comme les Assistants Médicaux).

Cette mauvaise compréhension du rôle des IPA peut être associée à une divergence de point de vue qui est mise en évidence dans cette étude de 2016 (30) dans laquelle Gualano et all, en incluant 57 infirmiers et 48 médecins, demandaient aux participants comment la présence d'une IPA auprès du médecin généraliste pourrait être évaluée. Les résultats mettent en lumière l'idée qu'un IPA peut-être, selon les médecins interrogés, UTILE (60,4%), ESSENTIELLE (25%), MARGINALE (14,6%). Les infirmiers participants eux en revanche estiment qu'un IPA est UTILE (54,4%) et ESSENTIELLE (45,6%). Aucun IPA estime que cette pratique avancée est MARGINALE. Aucun participant estime que l'IPA est SANS IMPORTANCE.

Cette ambiguïté de fonction peut s'avérer être un frein important à la pérennisation de la pratique avancée des IPA. Comme l'analysent Halcomb et all (31), cette ambiguïté influe sur l'optimisme quant à l'avenir du rôle des infirmiers en médecine générale même si ce frein tend à diminuer avec le temps : « *Le niveau d'optimisme des participants quant à l'avenir du rôle des infirmiers en médecine générale a légèrement diminué au fil du temps. Seulement 9% environ des IP ont déclaré ne pas pratiquer de façon indépendante* ».

Les conséquences de cette perte d'intérêt et de cette compréhension incertaine et approximative des médecins généralistes de la fonction des IPA peuvent également selon Schadewaldt et all (32) mettre en évidence « *la coexistence de rôles qui se chevauchent, complémentaires, traditionnels et émergents, qui brouillent les*

perceptions de la responsabilité juridique et du remboursement des soins partagés des patients »

1.2 – Incertitude liée à des compétences discutées par les médecins

Notre étude met également en évidence la vision de certains médecins interrogatifs sur les possibilités pour un infirmier d'acquérir les compétences exigibles à cette pratique avancée. La plupart des médecins n'ont qu'une connaissance partielle de la formation des infirmiers en pratiques avancées avec cette notion toutefois bien ancrée de « deux années supplémentaires ». « Court » pour certains, « trop long » pour d'autres, cette formation n'est pas discutée en tant que telle à l'inverse des compétences qu'elle apporte.

Certains médecins interrogés expriment l'idée que cette formation est insuffisante pour permettre aux futurs IPA de prendre en charge des patients de manière aussi complète qu'un médecin et sa dizaine d'années de formation.

Dans le cadre de la prise en charge de pathologies chroniques en soins primaires, Ehrlich et all (33) explique : « on s'attendait à ce que les infirmiers soient à la fois des praticiens autonomes et des joueurs d'équipe. Ils devaient posséder un large éventail de compétences professionnelles, d'attitudes, de connaissances et de comportements. Les participants ont fait remarquer que les compétences requises pour assurer la coordination des soins liés aux maladies chroniques étaient peu susceptibles d'être acquises dans d'autres contextes, comme les secteurs des personnes âgées ou des soins actifs. Ils croyaient que même si les infirmiers avaient acquis de précieuses connaissances et compétences liées à la maladie dans d'autres contextes, ils n'étaient pas préparés aux exigences du travail en médecine générale ».

A ce propos, Wilson et all (5) mettent également en évidence le fait que certains « médecins craignent que seuls les médecins n'aient la formation, les compétences et l'intelligence pour évaluer correctement les patients et diagnostiquer des maladies. Il est exprimé un manque de confiance générale dans la capacité de l'infirmier à 'assumer ce rôle d'IPA ». De plus, Wilson et all (5) poursuivent « Les médecins n'ayant jamais expérimenté une collaboration avec un IPA sont convaincus que la formation actuelle des IPA ne soit inadaptée pour leur permettre d'assumer ce rôle avancé. Toutefois, il

semblerait, à travers cette étude que l'expérience de la collaboration étroite avec les IPA dissipent ces craintes ».

1.3 – Incertitude liée à une confusion entre IPA et IDE

Il est remarqué dans notre étude que la vision de l'IPA, acteur inconnu des soins primaires pour une grande partie des médecins interrogés, se basent sur les relations que ces médecins entretiennent avec les IDE, autre acteur des soins primaires qui détient la formation initiale permettant l'accès à l'IPA. Ainsi, une confusion entre IDE et IPA est observée dans cette question de qualification de l'IPA, dès lors ne permettant pas un apport éclairé.

Cette opinion dubitative des médecins généralistes sur les compétences des infirmiers en pratique avancée en médecine générale est relevée par Ljungbeck et Sjögren (34) qui dans leur étude expriment les avis concernant la prise de responsabilité qu'implique le rôle d'IPA. Dans leur étude : *« Les gestionnaires croyaient que les infirmiers envisageraient de le faire, mais c'était une question de formation. Les gestionnaires pensaient que si les infirmiers sentaient qu'elles ont plus de compétences après avoir été formées pour devenir IPA, elles seraient également confiantes pour travailler ensemble ».* Les infirmiers quant à elle expriment l'idée *« qu'elles envisageraient d'assumer les responsabilités qu'implique le rôle de l'IPA ».* Les médecins en revanche *« n'étaient pas convaincus que les infirmiers feraient cela. Par conséquent, les médecins se sont demandé si ce rôle serait intéressant pour les infirmiers si des postes IPA devenaient disponibles ».*

Pour compléter ces informations, Niezen et Mathijssen (35) confirment que c'est ; *« l'accessibilité et l'uniformité de la qualification et de l'autorisation de la main-d'œuvre des IPA qui constituent un facteur important concernant le statut de l'IPA. »* Ils expriment également, que *« c'est l'absence perçue de la normalisation de l'éducation qui affecte négativement la redistribution des tâches ».*

L'uniformité de la qualification entre les IPA est donc un élément essentiel pour leur permettre d'atteindre des tâches supplémentaires. Cependant, comme le décrit Wilson et al (5) : *« Les médecins estiment également que pour atteindre une certaine qualité,*

ces formations se doivent d'être longues et onéreuses, ce qui peut être hors de portée de certains cabinets où travaillent les IPA »

1.4 - Enjeu n°1 : Comment faire connaître et faire accepter les nécessités d'un changement d'organisation ?

1.4.1 – Abandonner la prise en charge « médecin centré »

Historiquement et en théorie, l'organisation du système de soins primaires était centrée sur le médecin généraliste qui effectuait la synthèse des prises en charge mises en place pour un patient et effectuées par les différents intervenants. L'idée de passer d'un système de soins primaires médecin généraliste centré à une prise en charge pluridisciplinaire du travail d'équipe est vitale pour la bonne mise en place de cette pratique avancée.

Cependant des divergences de vision sur cette organisation concernant l'autonomie des IPA sont évoqués par Ljungbeck et Sjögren (34) qui expriment : « Il est également important que les médecins et les infirmiers travaillent en collaboration plus étroite si le rôle de l'IPA devient une réalité, car, selon les participants (IPA et Gestionnaire), un IPA doit avoir un médecin comme superviseur même s'ils ne sont pas sûrs d'avoir suffisamment de temps pour être un superviseur. Cependant, les médecins ne pensent pas qu'il soit nécessaire qu'ils agissent en tant que superviseur, au lieu de cela, ils aimeraient voir les IPA comme des collègues ».

1.4.2 – Définir des limites claires dans cette nouvelle organisation

L'instauration de la pratique avancée implique un nouveau schéma de fonctionnement des soins primaires où le patient serait au cœur de la prise en charge. Pour que ce fonctionnement se mette en place correctement en pratique les médecins généralistes interrogés expriment l'importance d'établir des limites claires de ce fonctionnement par le biais de contrats et de protocoles signés par les médecins et les IPA.

Ainsi, selon Ehrlich et all (33), « les équipes travaillent en collaboration et établissent des routines lorsqu'une vision des soins était claire et que les rôles étaient convenus et partagés. Une fois que les routines de travail ont été élaborées, elles ont fourni des structures qui ont continué à avancer dans le temps sans effort. Des routines établies ont

aidé les équipes de médecine générale à travailler en collaboration et à rationaliser les processus de travail ».

1.4.3 – Aborder une flexibilité pour permettre une prise en charge globale

La majorité des médecins expriment une confiance en cette collaboration. Cependant, quelques médecins réticents semblent au contraire envisager que cette coopération interprofessionnelle ne pourra atteindre cette clarification des rôles, si ce n'est au dépend de la disparition de la médecine générale telle que connue aujourd'hui.

En médecine, et en médecine générale particulièrement, la prise en charge du patient est une prise en charge holistique prenant en compte le patient dans son intégralité, que ce soit sur le plan biologique, psychologique, sociale et environnementale. La prise en charge déléguée à une IPA par la mise en place de protocoles impliquerait un morcèlement de l'activité de soin et serait à contre-courant de cette prise en charge globale

C'est ainsi que Jakimowicz et all (36) précise que pour ne pas perdre cette prise en charge globale, il ne faut pas « restreindre les tâches des IPA à des « cases à cocher ». La flexibilité des protocoles implique des communications informelles en dehors et des reports de tâches en fonction des priorités des uns des autres. Un manque de flexibilité est noté par les auteurs comme ayant des répercussions sur les relations entre les professionnels. »

De plus, Ljungbeck et Sjögren (34) soulignent même que l'idée « de clarifier le type de tâches qu'un IPA devrait avoir par rapport à un spécialiste ou à un infirmier est important. Si les infirmiers savaient qu'elles se verraient confier d'autres tâches plus avancées après la formation IPA, cela pourrait être un moteur pour leur implication ».

1.4.4 – Envisager le rôle de l'IPA comme un professionnel qui apporte une plus-value dans les prises en charge et des compétences qui lui sont spécifiques

Faire admettre aux médecins généralistes la nécessité de la réorganisation des soins primaires pour qu'ils aient plus de visibilité sur la pratique avancée est essentiel mais ne suffit pas. Il faut également que les médecins généralistes entrevoient l'intérêt de l'IPA au sein des soins primaires et comprennent ainsi la

pertinence de sa présence au cœur de la prise en charge du patient au sein de cette réorganisation. Nous détaillerons plus tard comment les IPA ne doivent pas être vus comme une contrainte mais comme une opportunité.

Pour permettre cette prise de conscience de la pertinence de l'IPA au sein des soins primaires, il est indispensable de mettre en avant les compétences interpersonnelles (ou « le savoir être ») des IPA. Cette notion est abordée par de nombreux médecins généralistes interrogés dans notre étude. En effet, la notion de disponibilité et de capacité d'écoute des infirmiers (et par déduction, des IPA) est un élément essentiel à promouvoir.

Selon Niezen et Mathijssen (35) *« Les compétences interpersonnelles efficaces des IPA sont considérées comme une force dans les consultations IPA et ont contribué à la qualité des soins et plus particulièrement à la satisfaction des patients, et peuvent donc stimuler la réorganisation des tâches ».*

1.4.5 – Doser le degré d'autonomie de l'IPA pour une harmonie de fonctionnement

Une fois la pertinence de l'IPA dans la prise en charge du patient admise par les médecins généralistes, il subsiste une étape pour l'intégration définitive de l'IPA au sein des soins primaires : L'autonomie. Celle-ci est une source de désaccord entre les médecins généralistes interrogés qui considèrent pour une grande partie que l'IPA à un rôle complémentaire mais reste dépendant à divers degrés du médecin généraliste, comme ce qui est prévu dans le cadre de la pratique avancée des infirmiers en France.

Poghosyan et all (37) met en évidence à travers son étude quantitative menée en 2017 aux États-Unis que la patientèle des IPA ne leur était pas propre pour la moitié des participants. Il est dénoncé la fluctuation de cette possibilité pour les IPA d'obtenir une patientèle propre, les empêchant ainsi, pour les auteurs, de mettre pleinement en place leurs compétences avancées. Il est exprimé également que cette fluctuation s'observe en fonction de l'attitude des gestionnaires de soins primaires et des médecins qui emploient les IPA, permettant ainsi plus facilement à une IPA de posséder sa propre patientèle si les collaborateurs avec qui elle exerce était favorable à la pratique avancée. Cette conception est davantage décriée par les auteurs que cette divergence de

possibilité pour les IPA de détenir une patientèle propre s'observe au sein d'un même état américain (Massachusetts).

Dans leurs conclusions, De Bruijn et al (38) expriment qu'après la mise en place de l'IPA dans le parcours de soins aux Pays Bas, « *les trois quarts des procédures réservées étudiées ont été réalisées sous la propre autorité de l'IPA/AM. Pour environ un quart de ces procédures, la consultation d'un médecin était nécessaire* » mais pour cela il a été mis en place des procédures spécifiques de prise en charge avec des exigences parfois plus élevées et plus restrictives que ce que permet la législation.

UNE MECONNAISSANCE QUI NECESSITE UNE COMMUNICATION SUR LES NECESSITES D'UNE NOUVELLE ORGANISATION

- Nous avons repéré dans notre étude et dans la littérature que la fonction des infirmiers en pratiques avancées et la formation permettant aux IDE d'y accéder était sujet à de nombreuses incertitudes de la part des médecins généralistes. Or, la collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée ne peut exister que si dans un premier temps les rôles, les formations et les compétences de chacun des soignants sont compris et acceptés par tous les acteurs de cette collaboration.
- Par ailleurs, introduire la pratique avancée au cœur des soins primaires c'est également expliquer les nécessités de changements au sein d'une organisation ancestrale et mettre en place une nouvelle organisation qui inclue tous les acteurs de manière harmonieuse où chacun a une place claire, définie et utile.

2 – Problématique n°2 - La collaboration MG-IPA : Une source de méfiance

2.1 – Une méfiance induite par une méconnaissance

Il est constaté que cette méconnaissance de cette fonction d'IPA des médecins interrogés crée une sensation de menace pour leur propre rôle de médecin généraliste favorisant ainsi la perception d'une collaboration inutile ou dangereuse. Même si les textes de lois français ne prévoient pas une substitution complète du médecin généraliste par l'IPA, mais une aide complémentaire à son activité médicale, cette crainte est présente chez certains médecins interrogés.

Dans la littérature, la fonction ambiguë ou mal-comprise des IPA est retrouvée chez Jakimowicz et all (36) qui expriment l'idée que « *le manque de clarté du champ d'exercice des IPA induirait une perte d'intérêt des médecins généralistes envers la pratique avancée et créerait ainsi une frontière brute entre médecine généraliste et IP* ». Dès lors, cette perte d'intérêt induirait inexorablement l'absence de collaboration effective.

Certains médecins interrogés, sous-tendent l'idée que les IPA ne serait que là « que » pour aider le corps médical à effectuer des tâches ingrates ou répétitives déléguées directement par le médecin généraliste au jour le jour afin de leur laisser plus de temps disponible. Cette conception erronée de la pratique avancée de l'infirmier apportée par certains médecins généralistes peut donc résulter à la fois d'une méconnaissance des capacités des IPA, une méconnaissance de leur rôle au sein des soins primaires et la mise en place d'une stratégie de défense de son rôle en attribuant à l'IPA un certain type de tâches habituellement déléguées aux IDE :

Ce mécanisme de réflexion est évoqué par Jakimowicz et all (36) qui décrivent que cette ambiguïté préexistante de la clarté de la fonction et du type d'activité réalisable peut induire « un recours aux rôles traditionnels de leur relation avec les infirmiers en résistant ainsi à l'accès des IPA aux tâches médicales », et donc empêcher aux IPA d'accéder à ce rôle de pratique avancée pour lequel elles sont formées.

Selon Niezen et Mathijssen (35) « *Moins la composante curative médicale est complexe, plus l'attitude envers les IPA qui accomplissent ces tâches est positive* ». La complexité des soins fournis est un obstacle à la mise en place des IPA car elle favorise ou non,

selon sa nature, la prise en charge en autonomie par l'IPA. Niezen et Mathijssen poursuivent : « *Les IPA contribuent le plus dans les environnements de travail où les patients nécessitent des soins non courants et une cure de routine. On suppose que les tâches moins complexes, plus routinières et axées sur la guérison offrent des possibilités de formalisation et donc de réaffectation des tâches au domaine infirmier* ». Le type de tâche est donc un obstacle en lui-même car, dans le contexte que l'on connaît avec les influences des différents acteurs, il facilite l'application de la pratique avancée ou relègue l'IPA à un infirmier classique.

2.2 – Une méfiance liée à la délégation des actes médicaux : Une nécessité entendue mais une difficulté de réalisation envisagée

Dans notre étude, il est mis en évidence que bien que la délégation de tâches médicales représente le principal levier d'action pour permettre l'amélioration des soins primaires et l'introduction de la pratique avancée, elle implique des craintes exprimées par les médecins interrogés.

Certaines tâches sont sujettes à discussion, notamment le renouvellement d'ordonnance. Cette tâche symbolise pour certains médecins interrogés, l'introduction d'un professionnel (l'IPA) dans le travail du médecin généraliste, favorisant ainsi un brouillage des perceptions et des rôles des acteurs qui étaient distincts jusqu'alors.

De cette conclusion, émerge pour quelques médecins interrogés l'idée de la substitution d'un professionnel de santé par un autre.

Ceci est décrit par Niezen et Mathijssen (35) qui évoquent cette idée que la réaffectation de tâche induit une substitution partielle et celle-ci positionne l'IPA d'un statut variable allant de celui de « super-infirmier », c'est à dire un professionnel de santé connu de tous accédant à un niveau de compétence plus élevé, à celui de « mini-médecin » impliquant un professionnel de santé se substituant au médecin et sous-entendu, amené à le remplacer.

Il est toutefois important de noter que cette étude parle de la réaffectation de tâche qui n'est pas applicable dans le système français. La pratique avancée des infirmiers dans le contexte français intègre non pas la réaffectation mais la délégation de tâche dans le cadre de protocoles clairs. Cette délégation de tâche semble selon notre étude apporter

des craintes similaires aux études de la littérature où la réaffectation de tâche est mise en place.

La question du renouvellement d'ordonnance et de manière plus générale de la prescription infirmière fait débat parmi les médecins interrogés et est, nous avons pu le voir précédemment, le symbole de l'émancipation de la profession d'infirmier envers le corps médical et ainsi la principale source de discordance entre les médecins de notre étude. Confiants, Craintifs, Avec ou Sans conditions... les médecins interrogés appréhendent cette possibilité de prescription qui est offerte aux infirmiers de manière très mitigée.

Afin d'évaluer la pertinence de la mise en place de la prescription de l'infirmier, Ling et al (39) ont effectué en 2017 une revue de la littérature à propos de cette prescription par l'IPA dans le monde. Les conclusions qu'en tirent les auteurs sont ; Bien que la littérature admette de forts avantages à la prescription des IPA par un service rendu au patient plus rapide et donc une amélioration de la qualité de prise en charge, une meilleure utilisation des compétences professionnelles des infirmiers et une élévation de l'autonomie des infirmiers, la prescription des IPA est confrontée à des obstacles que nous verrons similaires à la mise en place de la pratique avancée.

Le premier obstacle est celui comparable aux points mis en évidence précédemment à savoir à résistance des médecins lors de l'introduction de la prescription infirmière. Cette résistance rencontrée est basée sur l'idée que « l'essence des soins infirmiers était perdue en élargissant le rôle infirmier de la prescription » (39), sur l'idée que les IPA « devraient se concentrer sur le réconfort des patients malades et en difficulté pour maintenir leur bien-être et améliorer leur résilience » Cette opposition du corps médical, et c'est ce que Ling et al explique, est parfois opposée aux décisions politiques. En effet, en Grande Bretagne par exemple, les institutions gouvernementales ont toujours accordé à toutes les infirmiers qualifiés pour prescrire des médicaments à l'exception des médicaments contrôlés, car les décideurs politiques estimaient que cette décision d'étendre la pratique à améliorer la continuité et la qualité des soins aux patients. Ce phénomène est retrouvé également « aux Pays-Bas et en Irlande lorsque la prescription par les infirmiers a commencé » et que depuis, l'attitude des médecins à l'égard de la prescription aurait changé.

Le deuxième obstacle mis en évidence par Ling et al (39) concerne l'insuffisance des connaissances des infirmiers en pharmacologie. Les auteurs donnent par ailleurs des postes d'amélioration que nous verrons plus tard.

Le troisième obstacle concernant le poids de la charge administrative avec notamment la traçabilité de la prescription qui serait un obstacle trop lourd à la mise en place de la prescription.

Toujours selon Ling et al « *le manque de préparation organisationnelle, de sensibilisation du public, de législation, de financement et de réglementation sont considérés comme d'autres obstacles essentiels à la prescription par les infirmiers. Par exemple, le manque d'incitatifs financiers est un facteur qui influe sur la volonté des infirmiers d'accepter le nouveau rôle de prescription.* »

2.3 – Une méfiance liée au nouveau rôle à jouer pour le médecin

Dans notre étude, il a été observé que le positionnement du médecin généraliste évoluerait dans le cadre de cette collaboration induisant un éloignement entre lui et son patient. Cet éloignement, élément essentiel pour l'introduction de l'IPA dans le parcours de soins, n'est pas vu d'un très bon œil par les médecins interrogés car cette distance l'éloignerait de l'exercice humain de la médecine générale.

L'étude de Niezen et Mathijssen (35) évoque que ce nouveau positionnement « *entraîne moins de délégation et plus de résistance à l'élargissement du champ de pratique des IPA. Des rapports font état d'une certaine ambivalence de la part des organismes de réglementation professionnelle concernant le développement des IPA. D'une part, le potentiel des rôles d'IPA est reconnu, d'autre part, le personnel médical a des réserves sur les futures limites à tracer, car le transfert de connaissances médicales implique de renoncer à une revendication exclusive sur ces connaissances.* ».

Selon Wilson et al (5), les conséquences de l'intégration de la pratique avancée chez certains médecins va même plus loin avec notamment la crainte d'une perte du statut ancestral voire même d'une remise en question de leur propre utilité et de leur formation. Effectuer autant d'année pour se rendre compte que des IPA peuvent effectuer les mêmes choses inquiètent les médecins.

Ce nouveau positionnement ferait du médecin généraliste un médecin « expert » en médecine générale qui impliquerait de sa part une prise en charge de patient difficile ou complexe que ne peut assumer l’infirmier en pratique avancée. Le médecin généraliste conserverait un rôle important dans la prise en charge du patient mais sans lui permettre de se sentir « soulager »

Le nouveau rôle du médecin généraliste en tant qu’expert médical dans le cas français, s’assimile au rôle qu’il occupe dans d’autres pays où la pratique avancée des infirmiers est mise en place et où le médecin généraliste ne prend en charge que les cas graves. Ce concept d’éviction des consultations « simples » est évoqué par Wilson et all (5) qui indiquent une préoccupation des médecins sur le mélange des consultation : *« Le fonctionnement d’un cabinet type de médecine générale mené par un médecin est basé sur un enchaînement de consultations dites « simples » et d’autres « complexes ». Cette alternance de consultations donnerait un rythme au médecin »*. Envisager le rôle du médecin généraliste dans cette collaboration comme un médecin expert ne serait donc pas lui apporter une aide, mais au contraire accentuer les difficultés du fait d’une prise en charge continue de problèmes difficiles.

Cette vision d’éviction serait modulée selon la formation bénéficiée par les médecins interrogés. Niezen et Mathijssen (35) continue en expliquant que *« La formation (du médecin généraliste) peut être un obstacle ou un facilitateur dans l’acceptation des IPA, car la valeur ajoutée perçue des IPA est influencée par la formation des médecins. Selon les auteurs, plus l’éducation (du médecin généraliste) est traditionnelle, plus la structure de travail est organisée et hiérarchisée et plus le niveau d’autonomie des infirmiers est restreint »*.

2.4 – Enjeu n°2 : Comment établir, maintenir et afficher la confiance ?

Les craintes exposées par les médecins interrogés font état d’un manque de connaissance de la pratique avancée des infirmiers mais font également état d’un manque de confiance en cette nouvelle organisation que certains appréhendent comme une menace sur leur rôle au sein des soins primaires.

Parvenir à une relation de confiance est donc le prérequis indispensable pour permettre cette collaboration médecin généraliste et infirmier en pratiques

avancées. Un manque de confiance professionnelle anéantirait toute collaboration et serait un obstacle majeur à l'introduction de la pratique avancée des infirmiers.

Dès lors, comment construire cette relation de confiance ?

2.4.1 - Construire une relation professionnelle et humaine

Pour les médecins interrogés, cette confiance ne peut se mettre en place dès le premier contact. En effet, ils indiquent que cet état de confiance s'établit dans un premier temps par la mise en place d'un lien professionnel et humain fort qui aboutirait sur la mise en place d'une collaboration dans un premier temps supervisé « de près » par le médecin généraliste qui déléguerait les tâches à l'IPA puis de manière autonome progressive.

C'est ce que confirme Wilson et all (5) en indiquant que « *la confiance pouvait être apportée par l'expérience personnelle mais ce n'est qu'à partir d'une certaine expérience que les médecins se sentiraient à l'aise pour déléguer des responsabilités* ».

Niezen et Mathijssen (35) poursuivent en précisant que l'ambiguïté de la fonction (et donc le type de collaboration qui en découlerait), la réaffectation de tâches hasardeuses et le manque de qualification de l'IPA perçus par les collaborateurs sont un ensemble d'éléments qui, dans le cadre la collaboration professionnelle, induisent un manque de confiance de la part des médecins généralistes.

L'obtention d'un lien professionnel fort entre l'IPA et le médecin est donc un but vers lequel toute collaboration doit tendre. Afin d'atteindre cet objectif, Jakimowicz et all (36) rapportent que « *la facilité de la mise en œuvre de la collaboration était liée à sa durabilité. Cette facilité de mise en œuvre peut être atteinte par une attitude bienveillante des médecins généralistes et des IPA au sein de la collaboration par la mise en œuvre par exemple de projet commun comme des groupes de soutien.* ». Dans tous les cas, « *ces échanges doivent permettre le partage, le respect mutuel et enfin l'acceptation de l'autre* ».

La vision partagée est à dissocier du lien professionnel mais est tout aussi important pour l'acquisition de cette confiance. L'objectif de la vision partagée, évoquée dans quelques entretiens, est la mise en place d'une entente particulière

entre les acteurs de la collaboration visant à mettre en place une uniformité de prise en charge pour un seul et même patient.

Selon Erlich et all (33), « *l'importance d'une vision partagée était plus évidente lorsqu'elle était absente. Lorsque les équipes ne partageaient pas une vision de la coordination des soins, ne collaboraient pas, ne s'entendaient pas à l'unanimité sur les rôles et ne négociaient pas l'utilisation des ressources, les expériences des infirmiers étaient susceptibles d'être négatives* ». Les auteurs poursuivent en exprimant le fait que « *dans des exemples extrêmes, l'absence de vision partagée a abouti à un comportement qualifié de sabotage. Les participants croyaient que le contrôle individuel plutôt que la vision partagée entraînait des niveaux élevés de résistance de la part des autres membres de l'équipe* ».

Cependant, certains médecins généralistes interrogés dans notre étude estiment qu'il est impossible, du fait des divergences de formation entre les IPA et les médecins, d'accéder à ce degré de coopération.

2.4.2 – Gagner la confiance des médecins généralistes par l'action

La mise en place de projets et d'activités de développement permettant à l'IPA d'asseoir son engagement auprès des collaborateurs favoriserait également la mise en place et le maintien de la confiance. Les médecins interrogés expriment l'idée que les IPA doivent être envisagés comme des professionnels à part entière et non comme un substitut d'un professionnel préexistant. La maîtrise de certains champs d'activité délaissés par les médecins dans leur prise en charge quotidienne est un facteur mis en évidence dans les entretiens.

Jakimowicz et all (36) explique ainsi que : « *Ces activités de développement professionnel, comme la formation aux étudiants, le mentorat, la formation continue ou les activités de recherche, permettraient à certaines IPA de développer leurs compétences et par la même occasion leur rôle au sein des soins primaires ainsi que d'exposer aux professionnels de santé, notamment les médecins, avec qui elles collaborent, de leur démarche proactive* ». Toutefois, selon les auteurs « *ces activités de développement peuvent se heurter selon les auteurs au champ d'exercice qui est imparti aux infirmiers et également, aux volontés propres des infirmiers ne pas étendre leur rôle ou leurs responsabilités* ».

2.4.3 – Faire accepter aux médecins généralistes de se libérer de certaines responsabilités

Les médecins participants expliquent régulièrement dans les entretiens que le fonctionnement en duo « médecin-patient » est caduque et se doit d'évoluer vers une prise en charge collective. Il semble important que les médecins « lâchent du mou », acceptent de se libérer des responsabilités de la prise en charge qui les incombait auparavant et acceptent cette responsabilité partagée.

« Accepter qu'une IPA soit à la fois autonome et responsable ferait partie des facteurs levant les barrières », c'est dans ces termes que Jakimowicz et all (36) met le doigt sur la question de la responsabilité. Si la législation qui autorise cette responsabilité de l'IPA se met en place, elle ne sera que difficilement applicable si les collaborateurs de l'IPA, et en particulier le médecin, ne l'accepte pas. Il faut donc concevoir ce transfert de responsabilité comme une opportunité et non comme une éviction.

Toutefois, bien que le médecin se doit d'accepter ce transfert de responsabilité pour que la collaboration fonctionne, Jakimowicz et all (36) reportent que *« si la portée et la responsabilité de la pratique avancée étaient négociées localement, il y avait un accord universel entre les médecins, les infirmiers et les patients sur le fait que le médecin généraliste était en fin de compte responsable des décisions prises par l'infirmier. »*

De plus, il est également mentionné (36) qu'une étude *« constate que de nombreuses IP étaient réticentes à utiliser pleinement leurs droits de prescription parce qu'elles se considéraient d'abord comme des infirmiers et n'étaient pas à l'aise d'être considérées comme élitistes et d'agir comme des médecins. »*

La délégation de tâche est difficile pour certains médecins interrogés qui nous ont fait part de leurs réticences à la délégation. Cette explication réside dans le fait que l'organisation des soins primaires mettant le médecin généraliste au centre de la prise en charge du patient, il peut être difficile pour le médecin généraliste de sortir de ce rôle. Plusieurs médecins nous ont fait part de l'idée que cette acceptation de délégation de tâche et donc l'abandon de ce rôle « central » serait plus aisé pour des jeunes médecins que pour des médecins expérimentés.

L'une des tâches effectuées par les IPA dans certains pays et la prise d'avis spécialisé auprès de médecins spécialistes. Jakimowicz et all (36) expriment que « *certain omnipraticiens hésitaient à approuver les renvois faits par les IP à des spécialistes extérieurs au cabinet en leur nom* ». *De plus, certains spécialistes ont réprimandé le médecin généraliste responsable pour avoir permis de contourner le protocole normal* ». Ce retour met clairement en évidence les éléments précités dans les obstacles à savoir la non-maitrise du rôle de l'IPA (par les spécialistes dans ce cas) et l'hésitation à la délégation de tâches habituellement réservés aux médecins généralistes.

UNE MEFIANCE QUI PEUT ETRE LEVEE PAR L'INSTAURATION D'UNE CONFIANCE

- Mettre en place la pratique avancée des infirmiers qui introduit un nouvel acteur peut être **difficile à vivre pour les médecins généralistes ayant expérimenté l'ancienne organisation** qui peuvent appréhender ce nouveau tiers comme une menace dans leur propre rôle.
- Cette nouvelle organisation implique des **changements dans leur organisation** quotidienne induisant une réévaluation de leur propre fonction au sein des soins primaires.
- Surmonter les craintes des médecins généralistes concernant leur rôle nécessite la mise en place d'une **relation de confiance**. Celle-ci s'installe de manière progressive et nécessite un lien humain et professionnel pour la maintenir.
- La **délégation de tâche**, bien qu'admis par les médecins généralistes comme un atout pour la prise en charge des patients, est un **élément particulièrement délicat de la pratique avancée infirmière** qui nécessite une relation de confiance extrêmement forte pour pouvoir être mis en place sereinement sur long terme. Cette délégation de tâches, bien qu'indispensable, est le **symbole du passage d'une organisation des soins primaires à un nouveau** et que ce passage n'est pas facile à emprunter pour tous les médecins généralistes.

3 – Problématique n°3 - La collaboration MG-IPA : Une source de complexité

3.1 – Accueil mitigé des patients : Complexité d'intégrer un tiers dans la relation médecin-patient

L'accueil réservé à la pratique avancée des infirmiers par les patients serait extrêmement mitigé. L'obstacle principal créé par le patient serait son refus de la prise en charge conjointe médecin généraliste – IPA.

Ce refus serait motivé par l'attachement et la confiance, réciproque, du patient envers son médecin qui s'est construite sur parfois plusieurs années et que l'introduction d'un tiers au sein de cette relation serait mal venue.

Dans la littérature, il est retenu d'autres éléments de refus de cette prise en charge. Niezen et Mathijssen (35) et Wilson et all (5) expriment l'idée que les médecins pensaient que la capacité des IPA à prescrire de manière indépendante était un obstacle pour les patients qui les consulteraient mais pour des raisons différentes selon leur expérience de collaboration ou non. Concernant cette prescription indépendante, selon Wilson et all, les médecins avec l'expérience d'une IPA ont indiqué que les patients ne semblaient pas trouver ça problématique alors que les médecins sans expérience de collaboration avec un IPA expliquent que de voir un médecin au lieu d'un IPA permettrait de légitimer la consultation médicale en voyant un médecin.

Par ailleurs, Wilson et all évoquent également l'idée que les patients considèreraient que le médecin est la personne la plus appropriée pour poser un diagnostic, en particulier quand ils estiment que leur état est grave (5).

3.2 – L'introduction d'un parcours de soin plus complexe.

Par ailleurs, ce refus serait également motivé selon les médecins interrogés dans notre étude par sa perplexité face à un système de soin toujours plus complexe qui en deviendrait contraignant.

3.3 – Enjeu n°3 : Anticiper, Informer et rassurer

Les médecins interrogés expriment cette crainte de manque d'adhésion du patient à la collaboration médecin généraliste. Ce manque d'adhésion pourrait entraîner à son tour

une perte de confiance du patient envers son médecin, fait contre-productif à la bonne instauration de la pratique avancée.

Afin de remédier à cela, les médecins participants expriment pour une bonne majorité d'entre eux la nécessité d'anticiper cette problématique et d'informer largement les patients sur l'organisation et l'intérêt de cette nouvelle prise en charge.

Enfin, ils indiquent que réassurer le patient sur la disponibilité du médecin, malgré la prise en charge par l'IPA, est un élément favorisant l'adhésion du patient à ce nouveau système de prise en charge.

UNE COMPLEXITE D'UNE NOUVELLE ORGANISATION QUI DOIT ETRE ANTICIPER POUR FAVORISER L'ADHESION DES ACTEURS

- **L'adhésion du patient à la prise en charge** par un IPA est également un enjeu de cette pratique avancée.
- La **fragilité de l'introduction d'un tiers au sein** de la relation médecin-patient et la **tortuosité du parcours de soin** une fois cette pratique avancée en place, aboutissent à l'idée d'une **prise en charge par l'IPA qui apparait comme une source de complexité.**
- Le patient, tout comme le médecin généraliste, a mis en place des **représentations de la prise en charge en soin primaire** qu'il convient de comprendre et de parer pour pouvoir inclure l'IPA dans sa prise en charge.
- Il est nécessaire **d'anticiper la prise en charge par l'IPA** du patient en l'informant des détails de cette prise en charge ainsi que des avantages qu'il pourra en tirer.
- Informer et réassurer le patient implique lui **présenter la prise en charge non pas comme un élément complexe, même si cela peut se présenter de cette manière, mais comme un complément profitable à sa prise en charge.**

4 – Problématique n°4 – La collaboration MG-IPA : Une source de contrainte

4.1 – Contrainte liée à une multitude de tâches attribuées aux médecins

Il est exprimé par certains médecins généralistes interrogés que les mentalités des médecins et de la manière d'exercer la médecine générale à évoluée au fil du temps avec cette idée de regroupement des expertises et des collaborateurs au sein de structures uniques.

Cette idée est confirmée aux États-Unis dans l'article de Xue et all (40) où l'on observe une diminution du modèle de médecin isolé (85,5% à 70,9%) et une augmentation du modèle de soins partagés (11,9% à 23,3%) et du modèle IPA / AM (2,7% à 5,9%) de 2008 à 2014. Cet article mentionne également que le nombre de soins prodigués par les IPA en milieu rural notamment était en augmentation.

En France, l'organisation des soins primaires diverge parfois de celle présente dans d'autres pays et des rôles attribués à un professionnel spécifique à l'étranger. C'est le cas du « gestionnaire local » qui est en charge dans certains pays d'organiser la coordination de soin. Ce rôle de coordination est référé au médecin généraliste qui a la charge d'organiser les prises en charges des patients.

Dans le cadre de collaboration médecin généraliste et IPA, le médecin généraliste jouerait ce rôle de coordination et nécessite pour cela de disposer d'un ensemble de connaissances concernant cet acteur. Or, il est apparu dans les entretiens de notre étude qu'un certain nombre de médecins déplore le manque d'information au sujet de l'IPA, considérant parfois cette collaboration comme lointaine ou future, alors qu'elle est en cours de mise en place effective. Ce manque d'information induit plusieurs éléments :

- Dans un premier temps, ce manque d'information entraine une non-connaissance de l'existence des IPA, forçant ainsi les IPA à devoir se présenter eux-mêmes auprès des médecins généralistes avec qui ils voudraient collaborer. Plusieurs médecins généralistes avouent ne pas avoir eu connaissance de l'IPA jusqu'à ce qu'un IPA se présente de lui-même auprès de l'équipe médicale et leurs expliquent leur rôle.

Selon Niezen et Mathijssen (35) « *Un manque de définition claire des rôles, des droits et des responsabilités peut rendre difficile pour les IPA d'exercer leur potentiel. De plus, la*

disponibilité de protocoles (cliniques) et de procédures formelles peut faciliter la réaffectation des tâches des médecins aux IPA ». Afin de cerner les obstacles précédents, l'existence de procédures précises formalisant ainsi les rôles de chacun des collaborateurs est un élément essentiel à sa mise en place.

- Dans un deuxième temps cette méconnaissance de la fonction d'IPA couplé au fait que les médecins généralistes se doivent d'organiser et d'établir des protocoles collaboratifs peuvent aboutir à la création de collaboration qui ne rentrent pas dans le cadre prévu par les dispositifs réglementaires avec un rôle attribué aux IPA pour lesquelles ils ne seraient pas formés.

C'est ainsi que Poghosyan et all (41) évoque dans le cas américain : « *Pour la majorité des IPA, les administrateurs étaient perçus comme absents de la pratique quotidienne et manquaient de connaissances suffisantes sur le champ de pratique des IPA, ce qui, dans certains cas, avait une incidence négative sur la façon dont le rôle des IPA était perçu dans les équipes. En fait, la pratique des IPA était souvent façonnée au niveau local par un administrateur. Si les administrateurs connaissaient les rôles et les compétences des IPA, ils étaient plus susceptibles d'appuyer et de défendre le rôle d'IPA.* »

En effet ces protocoles sont soumis « *aux valeurs individuelles et de l'interprétation des mécanismes de rémunération* » (33). Ces protocoles, s'ils veulent être établis, nécessitent donc que la communication sur les rôles et les fonctions des collaborateurs, notamment des IPA soit compris par tous les membres de la collaboration. Ce rôle de communicateur est souvent attribué dans la littérature à un membre identifié de la communauté des pourvoyeurs de soin en santé primaire : Le gestionnaire ou l'administrateur de pratique en soins primaires mais comme dit précédemment, ce rôle est en France attribué au médecin généraliste.

De ce fait, on peut entrevoir dans notre étude, ce rôle particulier du médecin généraliste français qui est celui de « manager d'une équipe de soin ». Ce rôle très peu abordé au cours des entretiens implique toutefois des missions spécifiques de management auxquels fait référence un médecin interrogé :

MG n°19 : « Il faut qu'il y ait une vraie formation sur la diversification de la prise en charge, l'intervention des IPA, il faut que le parcours de soin soit acquis et enseigné. Parce que

nous l'ancienne génération, encore moi, vers les 50 ans on arrive à s'adapter, mais les 60 ans c'est complètement compliqué. Les plus jeunes faut qu'ils soient formés à ça ».

Il semble indispensable que les médecins généralistes, puissent qu'ils seraient amenés à gérer cette collaboration, puissent disposer des informations nécessaires à ce rôle.

Par ailleurs, cette nouvelle organisation fait craindre aux médecins interrogés une perte de travail.

Or, Van der Biezen et al (42) indique dans leur étude que l'ajout d'infirmiers praticiens aux équipes de médecine générale n'a pas réduit la charge de travail des omnipraticiens, du moins à court terme. Cela implique donc que les infirmiers praticiens sont vus comme un supplément, et non un substitut, aux soins prodigués par les médecins généralistes.

4.2 – Des contraintes liées à des défaillances sur le plan législatif et organisationnel

Dans notre étude, il est constaté des manquements sur les conditions de fonctionnement et de rémunération des IPA. Ces manquements ont fait état dans le cas français non pas des conditions de formation qui restent particulièrement claires mais sur les conditions de mise en pratique effective de cette pratique avancée.

Sur le plan législatif, il n'est pas prévu en pratique l'organisation concrète de la collaboration entre le médecin généraliste et l'IPA, cette organisation s'effectue sous couvert de protocole rédigé sur le terrain en accord des deux participants, laissant libre à cours à des interprétations des fonctions et du positionnement des uns et des autres sous couvert que ces protocoles restent dans le cadre des quelques arrêtés et décrets en vigueur. Ce manquement sur le plan législatif abouti à des incertitudes de fonctionnement qui sont mis en évidence dans les entretiens que nous avons menés :

- Dans un premier temps, la mise en place de protocole local expose à des sorties de compétences des IPA. En effet, ces protocoles sont mis en place par les médecins généralistes, soit par des professionnels de santé non formés à la création de ce type de protocole. L'absence d'anticipation de certaines situations rares peuvent mettre en échec ces protocoles et exposés à des conflits.

- Par ailleurs, il a été remarqué au fil des entretiens, que la notion de responsabilité des différents acteurs au sein de la collaboration n'était que peu présente dans les propos des intervenants, même ceux qui avaient déjà entrepris une collaboration avec un IPA. Dès lors, bien que les protocoles de collaboration existent, il semble que la question de responsabilité, bien qu'essentiel, ne soit que peu envisagée par les médecins généralistes. La plupart des médecins interrogés attestent que cette idée de responsabilité au sein de la collaboration n'ait pas été le fruit d'une réflexion de leur part. En effet, il est globalement admis que pour que la collaboration médecin généraliste et IPA se mette en place dans des conditions satisfaisantes, les dispositifs législatifs en vigueur ne peuvent se permettre d'être défectueux.

C'est pourtant ce que met en évidence Niezen et Mathijssen (35) en expliquant comment la responsabilité législative au sein de la collaboration est peu claire et les répercussions que cela a sur l'IPA en cas d'erreurs : « *Il existe un manque de clarté en ce qui concerne les responsabilités légales des médecins, si un infirmier praticien commet une erreur qui entraîne un préjudice pour un patient. Les erreurs commises par les IPA sont jugées plus sévèrement que les erreurs commises par les médecins, car les IPA sont une nouvelle profession sans cas d'école. Cela augmente la pression exercée sur les infirmiers pour qu'elles soient prudentes et évitent les erreurs, ce qui peut entraver la réaffectation de tâches* ».

Ce manque de clarté induirait selon Jakimowicz et al (36) « *un fossé entre les médecins généralistes et les IPA* »

Cependant, Halcomb et al (31) indique que « *L'impact des implications juridiques en tant qu'obstacle au rôle des infirmiers en médecine générale a diminué entre les deux périodes de l'étude* ». Il semblerait par conséquent que ces flous juridiques concernant la responsabilité de l'IPA soient en cours d'amélioration.

On peut ainsi constater que sur le plan législatif, des manquements sont mis en évidence dans la littérature et par les médecins généralistes. Il est légitime de se demander pour quelles raisons ces éléments semblent insuffisamment anticipés dans la plupart des pays où l'IPA ont été mis en place.

Au cours de notre étude, la question de la rentabilité économique et de l'intention politique justifiant la mise en place de la pratique avancée des infirmiers en France

a été soulevée par certains médecins généralistes. Il est relevé la notion de « rustine » pour pallier des difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs des soins primaires, imputables pour certains médecins généralistes à des décisions politiques inadaptées. Cette promotion de la fonction d'infirmier inspire certains médecins à penser que les politiques se détournent de la médecine de proximité pour favoriser des alternatives moins coûteuses, favorisant ainsi pour ces médecins, l'idée d'une dévalorisation de la médecine générale.

Les intentions institutionnelles de la mise en place de cette pratique avancée peuvent- être également être questionnées. Dans son étude qualitative réalisée en Grande Bretagne, Charles-Jones et all (43) mettent en évidence le fait que la distribution de tâches s'effectue selon une échelle de valeur. La conséquence de cela est que les professionnels en mesure de réaliser telle ou telle tâches sont également évalués et « utilisés » selon une échelle de valeur. Ainsi, la gestion et la réalisation des tâches s'effectueraient selon des modèles de rentabilité et d'efficacité de gestion, occultant ainsi la notion de relation entre le patient et le professionnel de santé et remettant en question leur propre identité professionnelle. En ce qui concerne les IPA, la remise en question de l'identité plus forte car « en développant l'expertise du « diagnostic », les IPA ont étendu le degré de discrétion qui leur est accordé. Ce faisant, ils ont délégué la responsabilité de leur travail d'infirmier à des praticiens moins qualifiés et sont entrés dans un domaine « hybride » de pratique clinique qui n'est plus uniquement médical, mais qui n'est pas non plus infirmier traditionnel ». Les IPA doivent à la fois adopter un nouveau rôle qui n'est plus tout à fait de leur ressort et également affronter une nouvelle organisation de soins qui, selon Charles-Jones, met en évidence la rentabilité du soin.

4.4 – Enjeu n°4 : Comment envisager la collaboration non pas comme une contrainte mais une opportunité ?

4.4.1 – L'opportunité d'améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins apportés du patient

« Améliorer les soins primaires », c'est cette idée qui persiste dans la totalité des discours des médecins généralistes interrogés dans notre étude. L'introduction de la pratique avancée des infirmiers pourrait être une opportunité pour permettre cette amélioration. L'apport d'un professionnel apporterait un regard extérieur qui pourrait venir, dans cette logique de complémentarité, aider le médecin à évaluer des situations parfois extrêmement complexes.

Cette idée est reprise par Ljungbeck et Sjögren (34) qui dans leur étude qualitative font cette constatation similaire : « *les participants, en particulier les infirmiers, pensaient que le rôle des IPA augmenterait la sécurité des patients car les IPA auraient la capacité de rassembler plusieurs parties d'une image complexe du patient grâce à leurs compétences cliniques, leur leadership et leur pratique collaborative. La continuité des soins a également été considérée comme améliorée car l'IPA pouvait suivre les personnes âgées fragiles à travers différents types de services et assumer davantage de responsabilités pour les patients en ce qui concerne à la fois les soins infirmiers et médicaux* ».

De plus, dans cette étude (34) les infirmiers ont déclaré « *qu'une sécurité accrue des patients grâce à une meilleure continuité signifierait des soins plus personnalisés et centrés sur la personne, car l'IPA aurait une connaissance approfondie des personnes âgées en tant qu'individus et non seulement en tant que patients. Les infirmiers pensaient également que l'IPA aurait plus de temps pour se concentrer sur la situation de chaque patient dans son ensemble, ce qui, avec les compétences avancées de l'IPA pour savoir, faire et être, améliorerait la qualité, la sécurité, la continuité et le centrage sur la personne* ».

Une autre étude de Mitchell et all (44) met en évidence cette augmentation potentielle de la qualité des soins apportés au patient par la collaboration MG-IPA, dans le cadre des soins palliatifs cette fois. Les conclusions des auteurs affirment que les soins coordonnés par le NP et soutenus par un médecin généraliste ont donné lieu à un début de traitement rapide, à un bon suivi et à un plan de soins où tous les professionnels avaient des responsabilités déterminées. Les soins palliatifs coordonnés par les IP semblent permettre des soins plus intégrés et peuvent être efficaces pour réduire les hospitalisations.

Enfin dans le registre de la complémentarité, l'étude de Ehrlich et all (33) affirment que la présence d'un IPA permettait d'obtenir des informations que le médecin seul ne pourrait détenir s'il n'avait pas eu cette collaboration : « *Les participants ont fourni de nombreux exemples de cas où des patients ont partagé des informations importantes liées à la santé qui n'avaient pas été auparavant partagées ou offertes lors des consultations standard chez les médecins généralistes. Lorsque les patients partageaient*

des informations, les soins pouvaient être fournis différemment et des résultats positifs pour la santé étaient plus probables. Les IPA ont été en mesure de fournir au généraliste des informations qui, autrement, auraient été négligées ».

4.4.2 – L’opportunité de pallier aux difficultés de l’offre de soins

La mise en place de la pratique avancée pourrait être un moyen attractif pour les soins primaires. Parmi nos répondants, un seul médecin faisait état de cette idée en parlant de l’attractivité des médecins.

Ljungbeck et Sjögren (34) mettent en évidence dans leur étude que le rôle de l’IPA pourrait être un moyen de mener une carrière clinique et de continuer à travailler dans le domaine des soins aux patients évitant ainsi une démobilisation de ces professionnels de santé. Par ailleurs, les auteurs font état du fait qu’il est important d’être innovant pour répondre aux besoins croissants en matière de soins de santé des personnes âgées fragiles, car les médecins n’étaient pas en mesure de travailler efficacement avec leurs ressources actuelles. Ainsi, favoriser l’attractivité du travail infirmier par la création de poste tel que l’IPA permettrait de maintenir des effectifs infirmiers suffisants et permettrait de manière indirecte d’aider les médecins à continuer à exercer sans accroître leur charge de travail.

Un certain nombre de médecins interrogés dans notre étude sont optimistes quant à la possibilité d’accroître leur activité par la collaboration avec un IPA. Toutefois, d’autres médecins participants affirment qu’accroître leur propre activité ne peut pas aller dans le sens d’une amélioration de la prise en charge. Cela favoriserait selon eux la distanciation avec le patient et donc imputerait les capacités d’apporter une prise en charge personnalisée par le médecin.

Dans leur étude effectuée en Avril 2019, Dai et all (45) apporte la preuve que les soins en équipe impliquant les IPA et les AM étaient associés à une capacité de pratique plus élevée des médecins généralistes seuls. Ainsi, travailler avec les AM semblait permettre aux médecins généralistes de voir un plus grand nombre de patients et de fournir plus de services que de travailler avec des IPA.

4.4.3 – L’opportunité pour les médecins généralistes d’investir dans l’avenir

Parmi les médecins interrogés dans notre étude, certains médecins expriment également cette volonté de participer activement à la formation de ces IPA, notamment par leur accueil en stage, pour dans un premier temps permettre d'appréhender au plus près leur fonction et leurs compétences mais également pour permettre de se forger une expérience avec cette pratique qu'ils peuvent appréhender de prime abord.

Dans leur étude menée en 2018, Lewis et Kelly (46) posent la question aux médecins généralistes sur leur implication dans le régime ATPS britannique (« *The Advanced Training Practice Scheme* », soit la formation des infirmiers à la pratique avancée) et notamment sur la prise en charge d'étudiants IPA au sein de leur structure d'activité en soins primaires. Les auteurs concluent par le fait que « malgré tous les défis, il est prouvé que le **régime ATPS commence à porter ses fruits** et qu'il existe un mouvement subtil mais perceptible de la part des généralistes d'un « Pourquoi le ferions-nous ? » vers un « **Pourquoi ne pas investir ?** » ».

Les conclusions se prononcent en faveur de la participation active des médecins généralistes dans la formation des IPA pour « investir » dans l'avenir.

DES CONTRAINTES QUI DOIVENT ETRE ENVISAGER COMME DES OPPORTUNITES

- Il est observé des **divergences d'organisation du système de soins primaires** entre les pays ayant mis en place la pratique avancée des soins primaires attribuant certains rôles clés organisationnels à des professionnels identifiés. En France, ces rôles d'organisation au sein des soins primaires sont souvent attribués au médecin généraliste qui est le gestionnaire de la prise en charge du patient.
- L'organisation concrète de la pratique avancée des infirmiers en France n'est pas prévue de manière uniforme et **se plie ainsi aux initiatives personnelles des médecins généralistes**. Ainsi, les protocoles de collaboration pourraient diverger d'une collaboration, selon les acteurs locaux.
- Dès lors, le mode de fonctionnement français de la pratique avancée des infirmiers repose en grande partie sur l'implication du médecin généraliste.
- Si l'on reprend les outils précédents de lever de barrière évoquée dans les problématiques précédentes, même si le médecin sait ce que fait un IPA, comprend son organisation, l'intègre dans le parcours du soin et lui permet d'accéder à sa confiance et celle du patient, les médecins généralistes peuvent se demander : « Mais pourquoi faire tout ça ? ». Quelles sont motivations des institutions pour la mise en place d'une collaboration qui implique grandement le médecin généraliste ?
- La mise en place de la pratique avancée des infirmiers en France est le fruit d'un travail long qui s'appuie sur des difficultés d'ordre démographique et organisationnel et qui, en théorie, permet une prise en charge plus fluide et plus complète du patient tout en permettant une charge de travail plus souple aux médecins généralistes.
- **La pratique avancée des infirmiers doit donc être vue non pas comme une contrainte matérielle, logistique et humaine mais doit être abordée comme une opportunité** pour l'ensemble des acteurs du soins primaires et, surtout, pour le patient.

III – Perspectives

Cette étude est le fruit d'un travail effectué dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale. Dans ce contexte, il a été décidé d'observer la pratique avancée des infirmiers sous l'angle de la collaboration des IPA avec les médecins généralistes vue à travers le prisme des médecins généralistes eux-mêmes.

D'autres travaux sont nécessaires afin de permettre une analyse plus fine et plus complète de l'introduction de la pratique avancée des infirmiers dans les soins primaires en interrogeant les infirmiers en pratique avancée, les infirmiers « classiques » et les patients sur cette collaboration médecin-généraliste IPA.

D'autres aspects de la pratique avancée des infirmiers n'ont pas été abordé dans cette étude comme la collaboration des IPA avec les autres intervenants des soins primaires, secondaires voire tertiaire avec qui ils seront amenés à travailler.

Enfin, nous pouvons envisager des groupes de travail et de formation commune entre étudiants IPA et étudiants médecins afin d'approfondir le relationnel entre ces futurs collaborateurs.

La pratique avancée infirmière étant une thématique récente en France, il persiste un manque de connaissance et de visibilité de cette pratique et son évolution dans le temps. D'autres travaux seront donc nécessaires pour permettre d'accéder à une vision objective de cette pratique.

CONCLUSIONS

La pratique avancée des infirmiers offre en théorie de nouvelles perspectives quant à l'organisation des soins primaires en France.

L'ouverture du champ d'activité des infirmiers promet une prise en charge plus personnalisée, une meilleure disponibilité des soignants pour les patients et une répartition plus efficace des actes de soin courants, notamment ceux concernant les patients atteints de pathologies chroniques.

A l'issue des entretiens que nous avons effectués auprès de médecins généralistes, nous pouvons constater que la mise en place des IPA dans le paysage sanitaire, bien qu'elle soit accueillie positivement par une majorité des médecins interrogés dans notre étude, induit un certain nombre de craintes évoquées par les médecins participants.

Ces craintes reposent essentiellement sur les répercussions de cette nouvelle organisation encore peu connue sur : le positionnement et le rôle du médecin généraliste au sein de cette collaboration ; la relation qu'ils entretiennent jusqu'alors avec leur patientèle ainsi que sur la charge de travail induite par cette nouvelle collaboration.

Ces craintes aboutissent à un rejet de cette nouvelle collaboration par quelques médecins interrogés, qui estiment que celle-ci n'est pas une solution pérenne et ne permet de résoudre que partiellement les problématiques auxquelles font face les soins primaires aujourd'hui via une refonte maladroite et mal anticipée de la médecine générale.

La mise en place de la pratique avancée infirmière sur le territoire français semble donc exiger une attention particulière sur les problématiques exposées au travers cette étude afin de permettre l'adhésion de tous les acteurs des soins primaires à cette nouvelle organisation de la médecine générale.

Afin de permettre la levée de ces obstacles à l'introduction des IPA dans le paysage sanitaire, il semble nécessaire de mettre l'accent sur la perception de ces nouveaux types d'organisation des soins primaires, notamment auprès de la jeune génération, qui, selon notre étude, semble être plus enclin à accepter et adopter ce genre de pratique. Ainsi,

pour permettre la mise en place de la pratique avancée, il conviendrait d'insister sur les étudiants de médecine générale en communiquant sur les atouts de ce type de collaboration et en favorisant le travail collaboratif dès la formation initiale : cours partagés avec des IPA, travaux en commun (type mémoire), exercice de mise en situation commune, recherche scientifique...

Ce travail de thèse ne mentionne que le point de vue des médecins dans le cadre des soins primaires. Afin de permettre une mise en place optimale de la pratique avancée infirmière en France, il conviendrait d'explorer les visions des autres intervenants de cette collaboration nouvelle et ainsi construire cette pratique avancée dans une totale objectivité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. OECD; 2010 août p. 119. Report No.: 54.
2. Parker JM, Hill MN. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *Int J Nurs Sci.* janv 2017;4(2):196-204.
3. Aaron EM, Andrews CS. Integration of advanced practice providers into the Israeli healthcare system. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. févr 2016 [cité 7 sept 2019];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4763450/>
4. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *MJA.* juill 2006;185(1):3.
5. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care—the GP perspective. *Fam Pract.* déc 2002;19(6):641-6.
6. Berland Y. Mission « Coopération des professions de santé : Le transfert de tâche et de compétences ». 2003 oct.
7. Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique [Internet]. août, 2004. Disponible sur: <https://www.senat.fr/application-des-lois/pjl03-019.html>
8. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. ONDPS; 2006.
9. Berland Y. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2008 avr [cité 18 avr 2020] p. 278-330. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1629658308000861>
10. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill, 2009.
11. Berland Y, Henart L, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. 2011 janv p. 99.
12. DGOS. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>
13. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Engagement 10 : Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/article/engagement-10-soutenir-une-organisation-des-soins-de-ville-adaptee-a-chaque>

14. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
15. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
16. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.
17. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique. juill 18, 2018.
18. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique. juill 18, 2018.
19. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. juill 18, 2018.
20. Debout C, Hue G. Mise en place de la fonction d'infirmier en pratique avancée diplômé d'État. Soins Cadres. mars 2019;28(110):11-4.
21. Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie. 2019-835 août 12, 2019.
22. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. 2019-836 août 12, 2019.
23. Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. août 12, 2019.
24. Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers. août 12, 2019.
25. Chrétien S, Barrière-Arnoux C. Pratique avancée infirmière : une journée nationale incontournable. Soins. mars 2021;66(853):15.
26. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ségur de la santé : les conclusions [Internet]. juill, 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>
27. Proposition de référentiel pour les IPAG [Internet]. 2020 déc [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://geriatries.fr/proposition-de-referentiel-pour-les-ipag/>
28. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
29. ARS PACA. La pratique avancée et protocole de coopération [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-et-protocole-de-cooperation>

30. Gualano MR, Bert F, Adige V, Thomas R, Scozzari G, Siliquini R. Attitudes of medical doctors and nurses towards the role of the nurses in the primary care unit in Italy. *Prim Health Care Res Dev.* juill 2018;19(4):407-15.
31. Halcomb EJ, Salamonson Y, Davidson PM, Kaur R, Young SA. The evolution of nursing in Australian general practice: a comparative analysis of workforce surveys ten years on. *BMC Fam Pract.* mars 2014;15:52.
32. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia – a multiple case study using mixed methods. *BMC Fam Pract* [Internet]. juill 2016 [cité 7 sept 2019];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966821/>
33. Ehrlich C, Kendall E, St John W. How does care coordination provided by registered nurses « fit » within the organisational processes and professional relationships in the general practice context? *Coll R Coll Nurs Aust.* avr 2012;20(3):127-35.
34. Ljungbeck B, Sjögren Forss K. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nurs* [Internet]. nov 2017 [cité 7 sept 2019];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689167/>
35. Niezen MGH, Mathijssen JJP. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy.* août 2014;117(2):151-69.
36. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nurs.* janv 2017;16:6.
37. Poghosyan L, Liu J, Norful AA. Nurse practitioners as primary care providers with their own patient panels and organizational structures: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* sept 2017;74:1-7.
38. De Bruijn-Geraets DP, van Eijk-Hustings YJL, Bessems-Beks MCM, Essers BAB, Dirksen CD, Vrijhoef HJM. National mixed methods evaluation of the effects of removing legal barriers to full practice authority of Dutch nurse practitioners and physician assistants. *BMJ Open.* juin 2018;8(6):e019962.
39. Ling D-L, Lyu C-M, Liu H, Xiao X, Yu H-J. The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective. *Int J Nurs Sci.* déc 2017;5(1):72-80.
40. Xue Y, Goodwin JS, Adhikari D, Raji MA, Kuo Y-F. Trends in Primary Care Provision to Medicare Beneficiaries by Physicians, Nurse Practitioners, or Physician Assistants: 2008-2014. *J Prim Care Community Health.* oct 2017;8(4):256-63.
41. Poghosyan L, Norful AA, Martsof GR. Primary Care Nurse Practitioner Practice Characteristics: Barriers and Opportunities for Interprofessional Teamwork. *J Ambulatory Care Manage.* janv 2017;40(1):77-86.

42. Van der Biezen M, Wensing M, Poghosyan L, van der Burgt R, Laurant M. Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* août 2017;17(1):589.
43. Charles-Jones H, Latimer J, May C. Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care. *Sociol Health Illn.* janv 2003;25(1):71-92.
44. Mitchell GK, Senior HE, Bibo MP, Makoni B, Young SN, Rosenberg JP, et al. Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported rural palliative care provision. *BMC Palliat Care.* nov 2016;15(1):93.
45. Dai M, Ingham RC, Peterson LE. Scope of Practice and Patient Panel Size of Family Physicians Who Work With Nurse Practitioners or Physician Assistants. *Fam Med.* avr 2019;51(4):311-8.
46. Lewis R, Kelly S. GP/GPN partner* perspectives on clinical placements for student nurses in general practice: can a community of practice help to change the prevailing culture within general practice? *BMC Fam Pract.* sept 2018;19(1):156.

ANNEXES

Annexe 1 – Plaquette d'enseignement du Diplôme d'État de la Pratique avancée des infirmiers au sein de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes



DIPLOME D'ETAT d'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (DE IPA) (Grade Master) : Première année

Coordinateurs: Pr Isabelle Laffont, Dr Céline Bourgier, Pr Isabelle Quéré

Responsables pédagogiques UFR Médecine :

Pr M Amouyal, Dr C Bourgier, Pr G Cartron, Pr JL Castroman, Pr A Dorandeu, Pr P Fessler, Pr S Guillaume,
Pr N Houede, Pr M Le Quintrec, Dr B Lognos, Pr O Moranne, Pr I Quéré

Responsables pédagogiques GCS IFSI :

Mme B Eudeline, Mme C Bardez, Mme S Tomas, M JM Gautier, Mme D Payan, Mme F Delomenie,
Mme F Saint Arnould, Mme B Galibert, Mme ML Antolin, Pr J Pujol, Pr H Blain

<p>Première année de formation : 2020/2021 10 Unités d'Enseignement validant 60 ECTS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseignement théorique : 250 h d'enseignements en présentiel et 300 heures de travail personnel ➤ Enseignement pratique : 10 semaines de stage <p>Enseignants responsables des Unités d'Enseignements</p> <p>UE 1 : Clinique (1) Pr Isabelle Quéré, UFR Médecine Mme Sylvie Tomas, IFSI Perpignan</p> <p>UE 2 : Sciences Infirmières et pratique avancée Mme Brigitte Eudeline, IFSI CHU de Nîmes Dr Xavier Ayrygnac, UFR Médecine</p> <p>UE 3 : Responsabilité, éthique, législation, déontologie Pr Anne Dorandeu, UFR Médecine Mme Béatrice Galibert, IFSI Carcassonne</p> <p>UE 4 : Langue Vivante Mme Rama Levin, UFR Médecine Mme Sophie Bentz, CHU Montpellier</p> <p>UE 5 : Méthodes de travail Monsieur Bruno Delon, IFSI CHU de Nîmes Dr François Carbonel, UFR Médecine</p> <p>UE 6 : Clinique (2) Pr Isabelle Quéré, UFR Médecine Mme Sylvie Tomas, IFSI Perpignan</p> <p>UE 7 : Formation et analyse de pratiques professionnelles Madame Christine Bardez, CH de Beziers Dr Josh Rubenovitch, UFR Médecine</p> <p>UE 8 : Santé Publique Mme Béatrice Madamours, IFSI CHU de Nîmes Dr Pascale Fabbro Peray, UFR Médecine</p> <p>UE 9 : Recherche Dr Marie Christine Picot, UFR Médecine Mme Sophie Bentz, CHU de Montpellier</p> <p>UE 10 : Stage Madame S Schoenentz (Nîmes), Monsieur JM Gautier (MTP) Pr Michel Amouyal, UFR Médecine, Dr Thibaut Mazard (ICM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs de la formation : Former les étudiants aux Pratiques Avancées en Soins infirmiers. ➤ Durée totale de la formation : 2 ans <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conditions d'inscription en première année : L'inscription est possible en formation initiale ou en formation continue. L'exercice en Pratique Avancée nécessite un minimum de trois années préalables d'exercice professionnel en tant qu'infirmier DE. ➤ Contrôle des connaissances <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle continu - Examens écrits semestriels - Rapport de stage <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inscriptions en première année : Droits d'inscription : <ul style="list-style-type: none"> - Formation continue : 5000 euros - Formation initiale : 243 euros <p>L'inscription est soumise à l'autorisation préalable du jury d'admission. Les informations sur le dépôt de candidature sont disponibles en ligne sur le site de l'UFR Médecine Montpellier/Nîmes.</p> <p>Après réception de l'autorisation d'inscription, le candidat devra se rapprocher du Service de Formation Continue de l'Université de Montpellier auprès de</p> <p style="text-align: center;">Christine.cayron@umontpellier.fr Tel : 04 34 43 21 84</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Calendrier provisoire des Enseignements 2020-2021 <ul style="list-style-type: none"> Semaine 1 UE1 + UE4 : 12 au 17/10/2020 Semaine 2 UE1+ UE5 : 16/11 au 20/11/2020 Semaine 3 UE2+ UE10 + UE4 : 30/11 au 04/12/2020 Semaine 4 UE8+UE4 : 04 au 08/01/2021 Semaine 5 UE6 (1) : 11 au 15/01/2021 Semaines 6 UE5 + UE3 +UE4 : 08 au 12/02/2021 Semaines 7 UE 6(2) : 01 au 05/03/2021 Semaine 8 UE9 + UE4 : 22 au 26/03/2021 Semaine 9 UE7 : 03 au 07/05/2021 Stages UE10 : Période 1 : 29/03 au 17/04/2021 <li style="padding-left: 20px;">Période 2 : 17/05 au 11/06/2021 <li style="padding-left: 20px;">Période 3 : 14/06 au 02/07/2021
--	---

1VERSION 22/7/2020

Annexe 2 – Liste complète des compétences transversales de l'IPA grade master



LISTE DES COMPETENCES TRANSVERSALES DE INFIRMIER EN PRATIQUES AVANCEES GRADE MASTER

1. – Evaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées:

1. Analyser les données du dossier du patient, des prescriptions médicales, des examens de suivi et des informations transmises par les professionnels intervenant dans son parcours de soins.
2. Conduire un entretien visant à recueillir l'anamnèse du patient, incluant les informations recueillies auprès des accompagnants, permettant d'évaluer sa situation et son état de santé, en face-à-face ou à distance.
3. Evaluer l'adhésion et les capacités d'adaptation du patient ainsi que les risques liés aux traitements non médicamenteux, aux traitements médicamenteux et à leurs interactions.
4. Réaliser un examen clinique adapté à la situation du patient dans son champ de compétences.
5. Identifier et analyser les signes et symptômes liées à la pathologie, à l'état de santé du patient et à leur évolution et aux effets secondaires du traitement.
6. Analyser les vulnérabilités et les risques liés à la situation du patient en prenant en compte les spécificités liées à l'âge.
7. Analyser les données issues de l'entretien, de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires.
8. Elaborer des hypothèses, des conclusions cliniques et un diagnostic infirmier dans son champ de compétences.
9. Etablir un diagnostic de situation sur l'état de santé du patient prenant en compte ses proches et son environnement dans une approche médico-psycho-sociale.
10. Formaliser les données recueillies et établir le bilan de l'état de santé et de la situation du patient destiné au médecin traitant et/ou au médecin spécialiste hors médecine générale.
11. Utiliser les technologies de l'information et de la communication permettant des prises en charges à distance.

2. – Définir et mettre en oeuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé:

1. Identifier les situations cliniques nécessitant une orientation médicale ou médico-sociale en face-à-face ou à distance.
2. Renouveler avec pertinence les prescriptions médicales à partir de l'analyse de la situation clinique dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales.



3. Adapter la posologie des traitements médicamenteux prescrits à partir de l'analyse de la situation clinique dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.

4. Identifier la pertinence de la prescription d'examens complémentaires à partir de l'analyse de la situation clinique dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.

5. Identifier les besoins du patient en soins de support et palliatifs.

6. Définir le projet de soins en concertation avec l'équipe pluriprofessionnelle, avec la personne et son entourage, à partir de l'ensemble des données collectées et rédiger les prescriptions adaptées au patient dans son champ de compétence.

7. Mettre en oeuvre les actes thérapeutiques recommandés adaptés à la situation du patient dans son champ de compétence.

3. – Concevoir et mettre en oeuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique:

1. Etablir un diagnostic éducatif partagé avec le patient et son entourage.

2. Concevoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre de son parcours de soins.

3. Identifier et mobiliser les ressources, acteurs, réseaux et structures, nécessaires à la mise en oeuvre des actions.

4. Organiser et planifier les actions en fonction des besoins du patient.

5. Co-construire un plan d'actions avec le patient en établissant une relation de confiance dans la durée.

6. Accompagner l'adaptation du traitement par le patient et/ou son entourage.

7. Evaluer les actions conduites et mettre en oeuvre les réajustements nécessaires.

8. Accompagner des pairs dans la conception et la mise en oeuvre d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique répondant aux besoins de santé du patient dans le cadre du parcours de soins.

4. – Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés:

1. Organiser un parcours de soins et de santé en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste de recours à partir des besoins de santé et des caractéristiques du patient et des objectifs définis avec lui ou son entourage.

2. Organiser un parcours de soins et de santé adapté au patient polypathologique ou vulnérable avec une approche globale et interprofessionnelle.

3. Analyser le parcours du patient et identifier les risques potentiels à partir de l'évaluation globale de son état de santé et psychologique et de sa situation sociale.



4. Mettre en place des actions de prévention au regard des risques identifiés.
5. Elaborer et suivre un plan personnalisé de santé en collaboration avec le médecin traitant et le spécialiste de recours.
6. Evaluer le bon déroulement du parcours du patient en collaboration avec le médecin traitant et le spécialiste de recours et identifier les actions d'amélioration.
7. Coordonner les interventions dans le cadre d'un parcours de soins et de santé avec les différents professionnels, réseaux et structures, intervenant en ville et à l'hôpital.
8. Organiser et animer des réunions de concertation en collaboration avec les différents professionnels du sanitaire, du médico-social et du social ainsi que les autres intervenants du parcours de soins du patient.
9. Contribuer à la gestion des files actives de patients.
10. Coordonner le traitement des informations et la transmission des données collectées auprès des différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins

5. – Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique:

1. Mettre en place des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en concertation avec le médecin référent et l'équipe, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
2. Animer des séances d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que des retours d'expérience pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
3. Mettre en oeuvre une démarche d'EBN (*Evidence based Nursing*- pratique infirmière fondée sur les données probantes).
4. Accompagner la démarche d'observation, de formalisation et d'explicitation des pratiques professionnelles auprès d'autres professionnels.
5. Identifier les dilemmes éthiques dans les situations de soins et mettre en oeuvre une démarche de réflexion éthique.
6. Evaluer les écarts de pratique au regard des recommandations disponibles et proposer des actions correctives.
7. Identifier les domaines de formation professionnelle permettant de développer ses compétences et d'accompagner d'autres professionnels dans le cadre du développement professionnel continu.
8. Accompagner des pairs pour l'amélioration des pratiques professionnelles et pour l'introduction d'innovation dans les pratiques.



9. Promouvoir l'auto-évaluation des pratiques professionnelles.
10. Formaliser et rédiger des protocoles et préconisations visant à améliorer la pratique avancée infirmière.
11. Conduire des actions contribuant à la démarche qualité en structure de soins comme en ambulatoire.

6. – Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques:

1. Conduire une recherche documentaire et bibliographique.
2. Analyser et synthétiser les documents professionnels et scientifiques.
3. Identifier les données issues de la recherche et les innovations permettant de faire évoluer sa pratique.
4. Définir une problématique de recherche et formuler un questionnement.
5. Conduire des études à visée professionnelle ou pluri-professionnelle, contribuant à enrichir les connaissances, dans son propre domaine d'expertise en collaboration avec les partenaires concernés.
6. Choisir et utiliser des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet de recherche.
7. Exploiter les résultats de l'investigation et les analyser en vue d'améliorer la pratique professionnelle et d'enrichir les connaissances professionnelles.
8. Elaborer des documents professionnels et scientifiques destinés à des communications orales et écrites.
9. Communiquer sur les pratiques professionnelles infirmières en pratique avancée et sur les résultats obtenus.
10. Identifier les appels à projets de recherche dans son champ de compétences.

Annexe 3 – Résumé des caractéristiques des participants de l'étude

	Sexe	Âge	Enfants	Département	Zonage	Activités annexe	Seul ou Groupe ?	La structure où vous exercez accueil :	Durée Entretien
1	Femme	35	Non	Aveyron	ZAC	Non	Remplaçant	/	19min32
2	Homme	66	Oui	Lozère	ZIP	MSU, MCS et MSP	Groupe	MG, Autres	17min32
3	Femme	38	Oui	Lozère	ZIP	MSU, MCS	Groupe	MG, Autres	18min59
4	Femme	37	Oui	Lozère	ZAC	MSU, MSP	Groupe	MG, MS, IDE, ASALEES, Autres	21min05
5	Homme	31	Oui	Hérault	ZIP	MSU	Groupe	MG, IDE, Autres	24min17
6	Homme	63	Oui	Aveyron	ZAC	MSU	Seul	/	23min52
7	Femme	29	Oui	Lozère	ZIP	MCS	Groupe	MG, IDE, ASALEE, Autres	17min28
8	Femme	34	Non	Aveyron	ZAC	Non	Groupe	MG, IDE, Autres	16min06
9	Femme	31	Oui	Pyrénées Orientales	HZ	MSU	Groupe	MG, MS, IDE, ASALEE, IPA, Autres	20min34
10	Homme	73	Oui	Aveyron	ZAC	MSU	Groupe	IDE, Autres	23min28
12	Homme	50	Oui	Lozère	ZIP	MSU, MCS	Groupe	MG, Autres	21min15
13	Homme	50	Oui	Aveyron	ZAC	MSU	Groupe	MG	24min42
14	Homme	64	Oui	Gard	18u	MSU	Groupe	MG, IDE, Autres	18min52
15	Femme	61	Oui	Gard	HZ	MSU, Coordinateur EHPAD	Groupe	MG, IDE, Autres	24min58
16	Femme	37	Oui	Lozère	ZIP	MCS	Groupe	MG, Autres	16min25
17	Femme	36	Oui	Aveyron	ZAC	MCS, MSP	Groupe	MG, IDE, Autres	14min44
18	Femme	63	Oui	Aveyron	ZAC	MSP, Addictologie	Groupe	MG, MS, IDE, ASALEE, Autres	16min16
19	Femme	53	Oui	Gard	HZ	MSU	Groupe	MG, IDE, Autres	19min05
20	Femme	36	Oui	Aveyron	ZAC	MSU, MSP	Groupe	MG	19min06
21	Femme	54	Oui	Gard	HZ	Non	Groupe	MG, IPA, Autres	15min43

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire, ZAC : Zone d'Action Complémentaire, HZ : Hors Zonages (ou Hors Viviers), MSU : Maître de Stage
 Universitaire ; MCS : Médecin Correspondant SAMU ; MSP : Médecin Sapeur-Pompier ; MG : Médecin Généraliste ; IDE : Infirmier Diplômé
 d'État ; MS : Médecin Spécialiste ; ASALEE : Infirmier ASALEE

Annexe 4 – Guide d'Entretien

Question 1 - Pour vous, qu'est-ce qu'un infirmier en pratique avancée en soins primaires ?

Question de relance :

- Pour quelles raisons selon vous la pratique avancée des infirmiers a été instaurée en France ?

Question 2 - Comment envisagez-vous une collaboration entre vous et une IPA ?

Questions de relance :

- Dans quelles mesures la délégation des tâches à une IPA serait facile ou difficile à accepter ?

- Dans quelles mesures la prise en charge par IPA impacterait-elle la fonction du médecin généraliste ?

Question 3 - Dans quelles mesures la prise en charge d'une IPA ferait évoluer la relation entre vous et votre patient ?

Question de relance :

- Quelle serait la vision de vos patients concernant cette collaboration ?

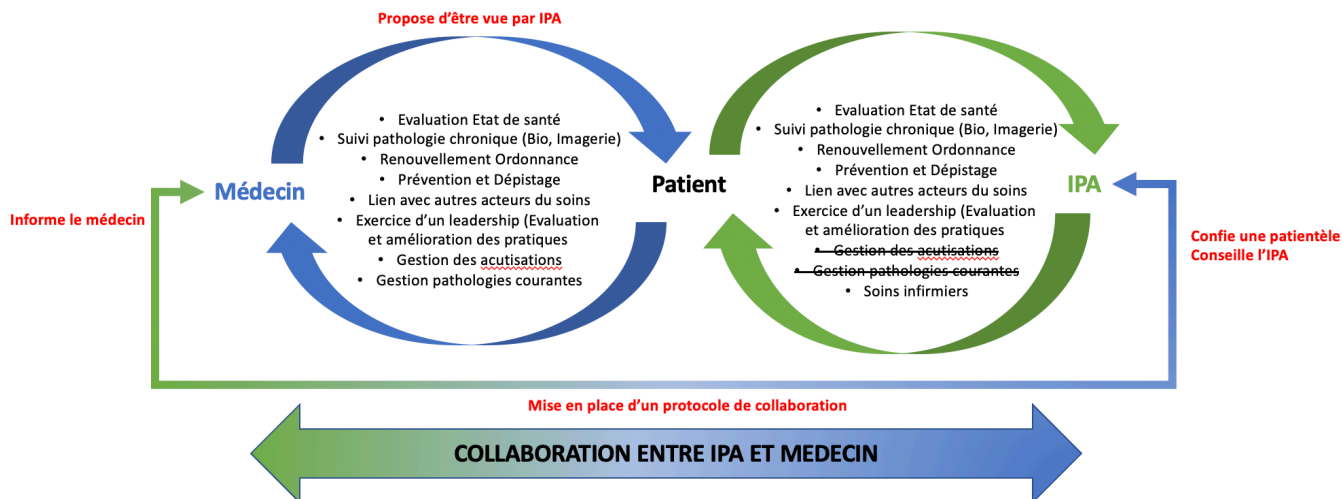
Question 4 - Dans quelles mesures votre propre vision de la médecine générale changerait-elle avec l'introduction de collaboration telle que la collaboration MG-IPA en médecine générale ?

Question 5 – Avez-vous des éléments à rajouter ?

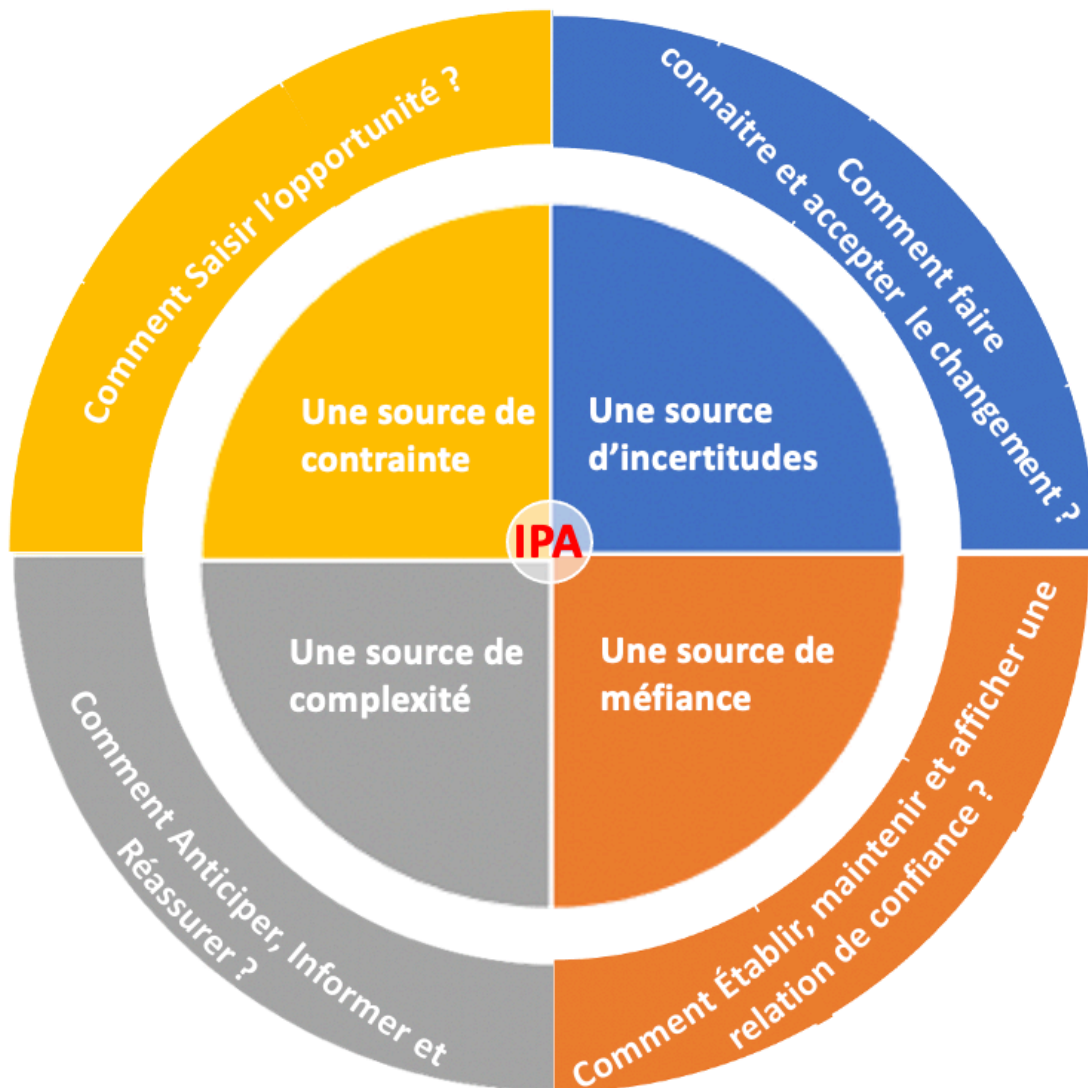
Annexe 5 – Organisation de la collaboration MG-IPA en France

ORGANISATION DU MODELE Français

(Cadre du patient présentant une ou des pathologie(s) chronique(s) stable(s) en soins primaires).



Annexe 6 – Discussion



SERMENT

- **En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.**
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : En Juillet 2018, la ministre de la santé et des solidarités Mme Agnès Buzyn instaure un ensemble de décrets et d'arrêtés permettant la mise en place effective de la pratique avancée des infirmiers en France. Issu d'un processus évoluant depuis 2003, la pratique avancée des infirmiers s'inscrit dans le cadre des soins primaires, dans un contexte de pénurie de médecins dans des zones fragilisées et vise ainsi à une dynamisation de la pratique de la médecine générale. Dans ce contexte, la loi prévoit un mode de collaboration entre l'IPA et le médecin généraliste, intégrant ce dernier de manière active dans son organisation. L'objectif de cette thèse est dès lors d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur cette pratique avancée et de mettre en évidence leur vision sur cette nouvelle collaboration en soins primaires.

Méthodes : Etude qualitative par analyse thématique réalisée après réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés effectués par visio-conférence de 20 médecins généralistes libéraux exerçant en Occitanie.

Résultats : Les entretiens menés ont permis d'effectuer un état des lieux des connaissances des médecins généralistes ainsi que de mettre en évidence les attentes et les craintes des médecins généralistes sur la collaboration avec un IPA, l'influence de cette collaboration sur la relation médecin-patient et les perspectives qu'offrent cette nouvelle coopération pour la médecine générale du futur.

Discussion : Après comparaison des données recensées dans l'étude et en comparaison avec la littérature scientifique internationale, il est observé un certain nombre d'obstacles à la mise en place de cette pratique avancée des infirmiers qui peuvent toutefois être soulevés en partie par l'expérimentation de cette collaboration. Toutefois des enjeux d'ordre politique et organisationnelle persistent et se doivent d'être anticipés, notamment dans des pays comme la France où les IPA sont en cours d'instauration, afin de permettre une installation sereine de ces futurs professionnels qui doit être vue comme une opportunité à saisir face aux enjeux des soins primaires.

Mots-clés : Collaboration médecin-infirmier ; infirmiers en pratique avancée ; fonctionnement des soins primaires