



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
2020-2022

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION :

Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires

L'implantation de l'infirmière libérale en pratique avancée

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 2022 à 13H
au Pôle Formation
par Laurence PROVOST-SPINA

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Léone DE OLIVEIRA

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur Charles CHARANI

L'implantation de l'infirmier libéral en pratique avancée

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame Catherine BARGIBANT. Je la remercie de m'avoir orientée, aidée et conseillée tout le long de ce travail. Je remercie Monsieur le Docteur Charles CHARANI pour m'avoir transmis une partie de son immense savoir lors du stage et d'avoir accepté de participer à la soutenance.

Je désire aussi remercier Monsieur le Professeur PUISIEUX ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'université de Lille, qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études universitaires. Je tiens à remercier spécialement Madame Marie-Eve GODEFFROY, pour sa patience, son soutien et son dévouement.

J'aimerais exprimer ma gratitude à tous les professionnels, qui ont pris le temps de participer à l'élaboration de ce travail et à enrichir mon raisonnement et ma pratique.

Un grand merci à mes collègues de promotion pour la solidarité et la patience dont ils ont fait preuve tout au long de ces deux années.

Enfin, je remercie mes enfants Carla, Nora et Pierre ainsi que ma sœur Véronique qui ont toujours été là pour moi. Leur soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

Je terminerai par remercier mes meilleurs amis, Lya et Sébastien qui m'ont inspirée, soutenue et encouragée avant même le commencement de cette aventure.

L'implantation de l'infirmier libéral en pratique avancée

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I.	INTRODUCTION	1
II.	MÉTHODE	9
1.	Type d'étude	9
2.	Choix de la population	9
2.1.	Critères d'inclusion	9
2.2.	Modalités du choix de la population interviewée	10
2.3.	Profil de la population interviewée	11
3.	L'entretien, outil de la recherche	11
3.1.	Le guide d'entretien	11
3.2.	Conditions de réalisation	12
3.3.	Recueil des données	12
3.4.	Analyse des données	13
III.	RÉSULTATS	14
1.	Modalités d'adressage	14
1.1.	Rencontre et présentation entre le MG et IPA	14
1.2.	Etat de connaissances du statut d'IPA	15
1.3.	Moyens logistiques	17
1.3.1.	Explications et recueil du consentement du patient	17
1.3.2.	Outils communs	18
1.3.3.	Cadre organisationnel	18
1.4.	Jugement clinique	20
2.	Critères d'adressage des patients	20
2.1.	Pathologies chroniques stabilisées	21
2.2.	Complexité	22

2.3.	Profil du patient	23
2.4.	Domaines d'expertise de l'IPA	23
3.	Retour d'expériences par le MG	24
3.1.	Facteur temps	24
3.2.	Complémentarité	25
3.3.	Coordination	26
3.4.	Recherche	26
3.5.	Enrichissement	27
3.6.	Impact sur la prise en charge	27
4.	Ressenti du MG sur la satisfaction des patients	28
4.1.	Libération de la parole	28
4.2.	Sécurité	28
4.3.	Recul insuffisant	29
IV.	DISCUSSION	29
1.	Limites méthodologiques et points forts de l'étude	29
1.1.	Limites de l'entretien	29
1.2.	Limites de l'étude	30
1.3.	Points forts	30
2.	Discussion des résultats	31
2.1.	Une profession encore méconnue	31
2.2.	La place du protocole d'organisation dans la coopération MG/IPAL	33
2.3.	Quelle valeur ajoutée du point de vue du MG ?	35
2.4.	Manque de recul pour évaluer le rôle des IPAL	38
	CONCLUSION	I
	BIBLIOGRAPHIE	III
	GLOSSAIRE	VIII
	ANNEXES	IX

L'implantation de l'infirmier libéral en pratique avancée

Annexe 1 : Guide d'entretien	IX
Annexe 2 : Schéma du cadre PEPPA	X
ABSTRACT	XI
RESUMÉ	XII

L'implantation de l'infirmier libéral en pratique avancée

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La profession d'infirmier en pratique avancée (IPA) est un statut récent encadré par des textes législatifs depuis 2018. Sa mission principale est la délégation de tâches médicales afin de pallier la problématique de la baisse démographique médicale majorée par l'augmentation des pathologies chroniques et par le vieillissement de la population. Malgré les prévisions de 5 000 IPA formés pour 2024 dans le cadre de la loi « Ma santé 2022 » portée par Agnès BUZYN, les objectifs ne seront pas atteints¹.

L'implantation de cette nouvelle pratique avancée semble difficile notamment dans le cadre de l'exercice libéral. Ce constat soulève donc la question suivante : « Comment faciliter l'implantation de l'IPA en exercice libéral ? »

Ce travail de recherche a pour objectif d'apporter un éclaircissement sur la problématique: « **Comment concevoir l'adressage des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées par le médecin généraliste vers l'infirmier en pratique avancée exerçant en libéral ?** »

Pour y répondre, de multiples hypothèses peuvent être émises et le choix de cette étude se porte sur deux d'entre elles :

- L'exercice de la pratique avancée se déroulant dans un cadre coordonné (ESP, MSP ou CPTS) faciliterait l'identification de la présence de l'infirmier en pratique avancé libéral (IPAL) sur le territoire, et donc, l'adressage par le médecin.
- L'élaboration d'un protocole d'organisation entre le médecin et l'IPAL définirait le rôle et les missions de ce dernier et rassurerait le médecin ainsi que le patient.

Afin d'essayer d'apporter une réponse à ce questionnement, une recherche qualitative à partir d'entretiens semi-directifs fut menée auprès de médecins généralistes (MG) adressant des patients à des IPAL.

Les questions posées portaient sur les modalités et critères d'adressage par le médecin, ainsi que sur les retours d'expériences des MG et leur ressenti sur la satisfaction des patients. À partir de l'analyse des réponses des professionnels interviewés, il en ressort quatre grandes idées :

- L'IPA est une profession encore méconnue.

¹ Bohic N., Josselin A., Sandeau-Gruber A-C., Siahmed H. (2021), *Trajectoires pour de nombreux partages de compétences entre professionnels de santé*, Rapport IGAS n°2021-051R. En ligne : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf

L'implantation de l'infirmier libéral en pratique avancée

- La place du protocole d'organisation dans la coopération MG/IPAL joue un rôle fondamental.
- La pratique avancée apporte une plus-value.
- La récence du métier implique un manque de recul pour évaluer le rôle des IPAL.

I. INTRODUCTION

Infirmière diplômée d'état en 1998², j'ai débuté ma carrière en service de chirurgie générale, digestive et vasculaire pendant 5 ans. Cette première expérience a été très formatrice car j'ai pu mettre en pratique des soins techniques aussi diversifiés que « pointus », mais également une prise en soins globale malgré le contexte aigu. Toutefois, j'ai ressentie, au bout de quelques années, le besoin de connaître l'histoire de la maladie ayant entraînée l'hospitalisation et l'envie d'accompagner les patients dans leur rétablissement complet. De plus, au regard de la diminution du personnel et, par conséquent, du temps passé au lit du malade, je me suis rapidement tournée vers les soins infirmiers à domicile. J'ai abordé la pratique des soins infirmiers à domicile lors d'un stage, pendant mes études, dans un centre de soins infirmiers.

En 2003, j'ai débuté en qualité d'infirmière libérale au sein d'un cabinet dans la ville de Roubaix. Rapidement, ma pratique professionnelle s'est diversifiée et enrichie avec les soins infirmiers primaires. En effet, les prises en soins peuvent se scinder – à mon sens – en deux catégories : les soins infirmiers dans un contexte aigu et ponctuel, et ceux dans un contexte de chronicité. Au début de mon installation, j'ai constaté que les soins ponctuels, dans le cadre de pathologies et de prises en soins aigus, prévalaient (soins post-opératoires, antibiothérapies injectables...). Puis le paysage des soins infirmiers s'est progressivement modifié. La progression fut significative, notamment concernant les soins centrés sur le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes, mais également sur le suivi de patients porteurs de pathologies chroniques. Ce ressenti est étayé par les recherches suivantes.

Selon l'INSEE, en 2021, l'espérance de vie est de 79,2 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes. Cette augmentation constante de l'espérance de vie joue un rôle prépondérant dans l'incidence des pathologies chroniques. Ce vieillissement est corrélé également par une chronicisation de pathologie sur des sujets de plus en plus jeunes et par l'augmentation des facteurs de risques en santé. Toujours selon l'INSEE, en 2019, « *près de 40 % des personnes âgées de 16 ans ou plus déclarent avoir au moins une maladie ou un problème de santé chronique (ou durable) en 2017. Les femmes se disent un peu plus fréquemment concernées (41 %) que les hommes (39 %). La part des individus qui déclarent une maladie ou un problème*

² Ministère de la santé (1992), *Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier*, abrogé par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF n°0072 du 25 mars 1992. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000158224/2022-05-22/>

de santé chronique progresse de manière continue avec l'âge, avec des hausses particulièrement fortes entre 50 et 59 ans et après 70 ans. Ainsi, 15 % des femmes et 12 % des hommes âgés de 16 à 19 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, près de la moitié des 55-59 ans et plus de 70 % des femmes et des hommes âgés de 75 ans ou plus. »³.

En 2019, la CNAM évaluait à près de 40 millions l'effectif de patients pris en charge par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins⁴. Il est intéressant à ce stade de définir la pathologie chronique afin de mettre en adéquation ces chiffres de la CNAM et de l'INSEE. Néanmoins, plusieurs définitions sont disponibles, plus au moins complètes et parfois complémentaires. Je retiendrai celle du Haut Conseil de la santé publique proposée dans son rapport de novembre 2009 sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique par les auteurs du « Plan des maladies chroniques pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 »⁵ :

- *la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;*
- *une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;*
- *un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :*
 1. *une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,*
 2. *une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,*
 3. *la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.*

³ Mainaud T. et Rioux L. (coord.) et al. (2019), *France, portrait social – Edition 2019*, INSEE. En ligne : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#:~:text=En%20France%20m%C3%A9ropolitaine%2C%20elle%20s,en%202017%20\(figure%201\).&text=Entre%202016%20et%202017%2C%20elle,1%20an%20pour%20les%20hommes](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#:~:text=En%20France%20m%C3%A9ropolitaine%2C%20elle%20s,en%202017%20(figure%201).&text=Entre%202016%20et%202017%2C%20elle,1%20an%20pour%20les%20hommes)

⁴ Assurance maladie (2021), *Effectif de patients par pathologie et par classe d'âge selon le sexe en 2019*. En ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-effectif-patients-par-pathologie-age-sexe-2019>

⁵ Agrinier A. et Rat A-C. (2010), *Quelles définitions pour la maladie chronique ?*, Actualité et dossier en santé publique (ADSP), n°72, septembre 2010. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad721214.pdf>

L'augmentation des pathologies chroniques est donc une réalité évoquée par les patients, traduite par l'augmentation des soins en ALD et par l'augmentation des soins par les infirmiers libéraux.

Face à cette évolution des demandes de soins, j'ai rapidement perçu la nécessité de me former afin d'améliorer mes pratiques dans le cadre de la chronicité et c'est dans cette démarche que j'ai obtenu deux diplômes universitaires en « Éducation Thérapeutique du Patient » en 2016 et en « Plaies et cicatrisation normale et pathologique » en 2018. Cependant, ces diplômes me limitent dans ma pratique et le suivi des patients. Mes années d'expérience, mon expertise acquise sur le terrain, mes formations complémentaires et mon implication m'ont permis d'acquérir des connaissances dans le champ de la chronicité, mais le décret de compétences⁶, qui régit mon métier, limite mon champ d'action car une grande partie repose sur la prescription médicale. Cette contrainte m'impose de recourir aux médecins traitants afin d'obtenir les prescriptions d'examen de suivi ou de renouvellements thérapeutiques. La réalisation d'un pré-état des lieux clinique du patient avant de demander le passage à domicile du médecin est réalisé et cela sans reconnaissance ni cadre législatif.

Concernant la dimension préventive et éducative du soin, il n'y a pas ou peu de reconnaissance dans la NGAP qui encadre l'activité et la rémunération de l'exercice libéral. Je réalise donc tout cela de manière informelle grâce aux connaissances que j'ai acquises afin de répondre au déséquilibre flagrant entre l'augmentation des suivis des pathologies chroniques, des demandes des patients inquiets et la diminution de la disponibilité des médecins en ville. En effet, à partir des inscriptions à l'ordre des médecins⁷, nous pouvons établir un état des lieux de la démographie médicale en France. Au 1^{er} janvier 2021, 312 172 médecins sont inscrits, soit 1,6 % de plus en un an. Toutefois, la frange des médecins pratiquant une activité régulière représente 63,5 % des inscrits (198 090 médecins) et n'augmente que de 0,04 %. Le nombre de départs à la retraite augmente et les nouvelles installations ne suffisent pas à compenser. De plus, le paysage médical se modifie avec l'apparition de 2 phénomènes :

⁶ Ministère de la santé et des sports (2009), *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier*, JORF n°0181 du 7 août 2009. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/2022-05-22/>

⁷ Bouet P. (2021), *Atlas de la démographie médicale en France*, Conseil national de l'ordre des médecins. En ligne :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

- la féminisation de la profession, les femmes représentant 40 % à 49,8 % de la population médicale générale.
- le rajeunissement des professionnels, avec un âge moyen de 50,3 ans.

Concernant la médecine de ville, et plus spécifiquement la médecine générale, 85 364 médecins généralistes en activité régulière sont recensés en 2021, soit une diminution des effectifs de 9 % depuis 2010 et de 0,9 % depuis 2020. La croissance annuelle nationale est donc de -0,9 %. Cette tendance à la baisse semble se confirmer avec une prévision du nombre de médecins généralistes fixée à 82 018 en 2025. Cela engendre un vieillissement de la profession en médecine générale et nous retrouvons également la féminisation dans cette spécialité avec un chiffre supérieur au pourcentage national, à savoir 51,5 %.

Il existe une disparité territoriale du nombre de praticiens mais également du nombre d'installations. Cette variation au niveau régionale, et même plus précisément à l'échelle départementale, est due à une attirance pour les zones littorales ainsi que pour les grandes métropoles.

Pour les Hauts-de-France, la variation du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2020 et 2021 est de -1,1 %, et de 0,8 % pour le département du Nord mais avec une baisse générale de -8,2 % de 2010-2020.

L'attractivité de certains territoires, la féminisation et le rajeunissement de la profession, sauf pour la médecine générale, orientent les pratiques professionnelles vers un mode d'exercice plutôt salarié avec des regroupements professionnels permettant d'optimiser les conditions de travail ainsi que la qualité de vie des praticiens. Nous observons donc la diminution de l'activité libérale et mixte, respectivement de 0,5 % et 1,1 %, ainsi qu'une disparité territoriale. Certaines zones sont sous-dotées. Ces zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont divisées en deux catégories⁸ :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP) ;

⁸ Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'action et des comptes publics (2017), *Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique*, JORF n°0266 du 15 novembre 2017. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036021089/>

- les zones d'action complémentaire (ZAC).

Une méthodologie nationale, qui tient compte de la densité et de l'âge des médecins, des dynamiques d'installations et de départs, de l'activité et de la patientèle moyenne de chaque médecin, de l'état de santé de la population et des caractéristiques sociales du territoire, prévoit l'identification de ces deux types de zones. D'une part, les ZIP sont constituées des territoires les plus en tension selon le classement des Agences régionales de santé ; elles représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins ainsi que des territoires potentiellement fragiles. Les médecins s'y installant bénéficient de l'ensemble des mesures d'aide applicables à la profession : dispositifs conventionnels d'aide au maintien et à l'installation, mesures du plan national d'accès aux soins, exonérations fiscales sur les revenus de la permanence des soins ambulatoires, ainsi que des aides des collectivités territoriales. D'autre part, les ZAC constituent des territoires moins impactés par le manque de médecins, mais elles nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Les médecins qui s'y installent bénéficient des dispositifs du plan national d'accès aux soins ainsi que des aides des collectivités territoriales.

A compter du 1^{er} janvier 2020, l'Agence régionale de santé Hauts-de-France⁹ a fait le choix :

- de créer un troisième type de zones : les zones d'accompagnement régional (ZAR) ;
- de financer trois nouvelles aides à l'installation, accessibles aux médecins qui s'installent dans les ZAC et les ZAR afin de proposer un soutien financier équivalent à celui des ZIP.

Les ZAR viennent donc sensiblement étendre les territoires éligibles aux aides dans la région. Depuis le 1^{er} janvier 2020, l'ensemble des zones (ZIP, ZAC et ZAR) sont désormais éligibles aux principales aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes. Les ZIP conservent l'exclusivité des exonérations fiscales.

Ce zonage fait partie d'un ensemble de décisions prises afin de pallier la chute démographique médicale et la désertification de certaines zones. Cet ensemble de mesures

⁹ ARS Hauts-de-France, *Aides à l'installation des médecins généralistes – Les zones d'actions complémentaires*. En ligne (accès restreint) : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes>

prises, telles que la suppression du *numerus clausus* en 2020, sont intégrées dans la loi « Ma santé 2022 »¹⁰. Cette loi a pour objectifs :

- d'inciter à l'installation dans les déserts médicaux ;
- d'encourager des nouvelles formes d'exercice médical ;
- de libérer du temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé.

La finalité étant que chaque patient ait un médecin généraliste, un accès aux soins le plus diversifié sur l'ensemble de son bassin de vie et un parcours de soins facilité¹¹.

En parallèle de la diminution de la démographie médicale et notamment de la médecine générale, le nombre d'actes de généralistes par habitants décroît et passe de 4,8 de moyenne en 2010 à 4,1 en 2020¹². Or, avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques, les besoins en santé de la population augmente mais l'offre de soins n'augmente pas de son côté.

Cependant certaines communes ne sont pas identifiées comme zones sous-dotées alors que le nombre de patients sans médecin traitant est élevé. Je prendrai comme exemple celui de la commune sur laquelle j'exerce mon activité professionnelle libérale : Roubaix. La population est de 96 990 habitants, dont 68 311 patients consommant âgés de 17 ans et plus, et 9,8 % de ces patients n'ont pas de médecin traitant. Or cette ville n'est pas identifiée « sous-dotée ». Mais ces chiffres¹³ peuvent être relativisés par d'autres. En effet, le pourcentage de patients consommant de plus de 70 ans sans médecin traitant n'est que 4,4 %, et les plus de 17 ans en ALD sans médecin traitant est de 0,8 %. Ce sont donc des patients consommant sans affection de longue durée et relativement jeunes qui n'ont pas déclaré de médecin traitant car leur besoin en matière de consultation et de suivi reste ponctuel.

L'augmentation des pathologies chroniques, la diminution de la démographie médicale, l'acquisition de certaines connaissances et compétences, ainsi que le développement de mon raisonnement clinique m'ont amenée à réfléchir sur mon positionnement professionnel ainsi

¹⁰ Ministère des solidarités et de la santé (2017), *Renforcer l'accès territorial aux soins (dossier de presse)*. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf

¹¹ ARS (2021), *Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins*. En ligne : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>

¹² Bras, P. (2016). Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?. *Les Tribunes de la santé*, 50, 67-91. <https://doi.org/10.3917/seve.050.0067>

¹³ Assurance maladie, *RÉZONE : Cartographie aidant à l'élaboration d'un projet CPTS*. En ligne : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html?reg=32>

que sur l'élargissement de mon offre de prise en soins auprès de ma patientèle. En parallèle, la reconnaissance de la profession d'infirmier en général et celle du statut libéral est devenue une préoccupation. C'est dans ce contexte que le nouveau statut IPA m'est apparu comme le meilleur moyen de compléter ma pratique de prise en soins de patients porteurs de pathologies chroniques et également de faire évoluer la profession.

Avant de m'engager dans le parcours de grade master IPA, j'ai rencontré les médecins généralistes avec lesquels je travaille en étroite collaboration. L'objectif était de leur présenter mon projet, de m'assurer de leur soutien et de la pérennité de leur collaboration notamment pour l'adressage de patients une fois diplômée. J'ai reçu un bon accueil après leur avoir exposé l'intérêt de ce nouveau mode de pratique, la complémentarité et la collaboration entre l'IPA et le médecin traitant. Ils ont adhéré à cette proposition de travail en coordination afin d'améliorer le suivi des patients chroniques et de les soulager dans un réel climat de confiance mutuelle. Néanmoins, au détour de la récente crise sanitaire, j'ai été amenée à côtoyer d'autres médecins dans le cadre de mes fonctions de coordinatrice de centres de dépistage et de vaccination, ainsi que l'exercice d'un mandat de présidente de la CPTS de Roubaix. Avec certains de ces médecins, ce nouveau métier ainsi que son statut, n'ont pas été reçus avec autant d'enthousiasme que celui des généralistes avec lesquels je travaille déjà. Diverses observations ont été formulées:

- *« Je ne connais pas IPA, c'est quoi ? »*
- *« Ce sont les assistants médicaux. »*
- *« Cela va me prendre plus de travail de ne pas les voir mais de lire les transmissions de l'IPA et lors de ma prochaine consultation je vais devoir tout reprendre. »*
- *« Les patients ne voudront jamais si ce n'est pas leur médecin. »*
- *« Ce sont des consultations rapides qui ne me gênent pas. »*
- *« Je veux bien que l'IPA s'occupe de faire de l'éducation, je n'ai pas le temps de le faire mais pas de prescrire. »*
- *« Comment je vais savoir où il y a un IPA ? »*
- *« Ce sont toutes les pathologies ? »*
- *« Les IPA peuvent tout prescrire et changer les dosages ? C'est pas normal en deux ans d'études ! »*

Ces réactions m'amènent à me questionner :

- Le métier d'IPA est-il connu par les médecins ?
- Comment l'IPA peut-il se faire identifier sur le territoire ?
- Comment l'adressage par les médecins vers les IPA peut-il se réaliser ?

- Comment élaborer le protocole d'organisation entre le médecin et l'IPA ?
- Comment les patients vont-ils accueillir l'IPA dans leur suivi ?

La problématique pouvant reprendre l'ensemble de ce questionnement serait :

« Comment faciliter l'implantation de l'IPA en exercice libéral ? »

Hypothèses :

- **L'exercice de la pratique avancée se déroulant dans un cadre coordonné (ESP, MSP ou CPTS) faciliterait l'identification de la présence de l'IPAL sur le territoire, et donc, l'adressage par le médecin.**
- **L'élaboration d'un protocole d'organisation entre le médecin et l'IPAL définirait le rôle et les missions de l'IPAL et rassurerait le médecin et le patient.**

Ma question de recherche sera : **« Comment concevoir l'adressage des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées par le médecin généraliste vers l'infirmier en pratique avancée exerçant en libéral ? »**

II. MÉTHODE

1. Type d'étude

Le recours à la méthodologie de recherche qualitative était plus appropriée afin de recueillir le vécu des médecins généralistes sur leurs expériences en matière d'adressage des patients à un IPA. Le but de cette recherche est de collecter des informations sur les pratiques déjà en place sur le terrain et d'apporter des propositions d'améliorations. De plus, une étude quantitative n'était pas envisageable car le nombre de professionnels cibles n'était pas conséquent de par la jeunesse du métier.

L'étude qualitative est utile pour décrire et aborder certaines situations complexes. En effet le statut récent de cette profession ainsi que sa pratique en soins primaires sont des éléments de complexité. Le recours à un autre professionnel pour l'adressage ainsi que la nécessité du consentement du patient compliquent l'installation de l'IPA.

L'utilisation de la méthodologie qualitative permet une analyse plus riche des vécus et expériences humaines plutôt que la méthode quantitative. Le sujet étudiant un phénomène dans le domaine de la santé, ce sont de multiples dimensions (médicales, sociales, financières...) qui vont éclairer les comportements des professionnels cibles de la recherche¹⁴.

2. Choix de la population

2.1. Critères d'inclusion

L'échantillon est intentionnel (ni représentatif, ni choisi au hasard) et non aléatoire comme en recherche quantitative. Le choix de la population interrogée s'est portée sur des médecins généralistes installés, sans critère de sexe, d'âge, de durée d'installation et de type et de lieu d'exercice et qui ont déjà adressé des patients à un IPAL mention PCS.

Les deux seuls critères étaient d'être MG et de travailler en collaboration avec un IPA.

Cette population a volontairement été choisie car il semblait plus intéressant de recueillir les expériences de professionnels ayant déjà de la pratique dans le domaine de la collaboration

¹⁴ Lebeau J-P. (dir.) *et al.* (2021), *Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*, Saint-Cloud : Global Média Santé

MG-IPA plutôt que d'interviewer des médecins sans expérience dans ce domaine. Dans ce contexte seuls des projections auraient été recueillies et non des expériences et des pratiques vécues.

De plus, l'émergence de l'IPA en exercice libérale est difficile. En interviewant des professionnels travaillant avec l'un d'entre eux cela montre que l'implantation est possible et déjà effective pour certains.

Je n'ai pas choisi d'interroger des IPAL exerçant car, l'implantation étant dépendante de l'adressage médical, il m'était apparu plus productif et adapté de recueillir le vécu et le ressenti des prescripteurs.

2.2. Modalités du choix de la population interviewée

Pour recruter les MG, j'ai dû m'adresser aux IPAL car je ne connaissais pas de MG collaborant avec un IPA. En effet, sur mon secteur et ses alentours, il n'y a pas encore d'IPAL diplômés en mention pathologies chroniques stabilisées.

Dans un premier temps, afin de contacter des IPAL, j'ai utilisé les réseaux sociaux afin de garantir une neutralité de recrutement et un éventail large d'échantillon. Cette méthode s'avèrera néanmoins infructueuse.

Toujours dans la même optique de neutralité, j'ai recherché dans l'annuaire santé les IPAL répertoriés dans les HDF¹⁵. Parmi les sept IPAL contactés, une m'a répondu et m'a transmis les coordonnées d'un des médecins avec lequel elle travaillait, après avoir recueilli son accord. Je n'ai pas souhaité interviewer les autres MG car ils exercent tous au sein de la même structure et je désirais avoir une diversité d'horizon. Les autres IPAL contactés n'exercent pas encore par faute d'adressage des patients par les MG.

Dans un troisième temps, je me suis donc rapprochée de mes contacts et réseaux (syndicat professionnel libéral, collègues de promotion) et j'ai pu ainsi recueillir les coordonnées d'une IPAL qui m'a mise en relation avec deux médecins avec lesquels elle collabore et qui n'exercent pas au sein de la même structure.

Finalement, face à la difficulté de recrutement et à l'échéance rapprochée de la restitution du mémoire, j'ai sollicité un MG intervenant dans la formation IPA.

¹⁵ Agence du numérique en santé (ANS), « Annuaire Santé ». En ligne : <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro>

Je n'ai pas pu étoffer mon échantillon et ai donc réalisé quatre entretiens. Ce nombre restreint s'explique par une réalité de terrain : métier émergent et peu d'IPAL en exercice. De plus, le temps imparti dans le cursus universitaire ne me permettait pas d'élargir la population interviewée.

Une étude qualitative requière en général un minimum de 15 à 20 personnes interrogées et un maximum lorsque la saturation des données est atteinte. Le travail exposé ici ne remplit donc pas ces conditions d'échantillonnage mais la richesse des informations recueillies ont toutefois permis une analyse de données exploitables et intéressantes.

2.3. Profil de la population interviewée

PROFILS DES INTERVIEWÉS				
	SEXE	ANCIENNETÉ DANS LA PROFESSION	TYPE D'EXERCICE	TYPE DE ZONE
MG1	Masculin	30 ans	MSP	ZAC Ternois
MG2	Masculin	14 mois	MSP	-Arrageois
MG3	Féminin	8 ans	MSP	ZAR Lensois
MG4	Masculin	31 ans	MSP	ZAC Douaisis

3. L'entretien, outil de la recherche

3.1. Le guide d'entretien

L'outil adopté pour cette étude est un entretien semi-dirigé. Un guide d'entretien a été élaboré et utilisé pour la totalité des interviews (Annexe 1). Il est composé de quatre questions ouvertes.

Le choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens semi-directifs afin de laisser la liberté aux personnes interviewées de s'exprimer, tout en évitant les digressions, et d'explorer les hypothèses émises par rapport à la problématique.

Les deux premières questions sont utiles afin de confirmer que les MG travaillent en collaboration avec un IPA et de recueillir les modalités d'adressage mises en place sur le terrain :

- *Pouvez-vous me raconter comment vous faites pour adresser vos patients atteints de pathologies chroniques à une IPA libérale ?*
- *Pouvez-vous préciser les raisons qui vous font adresser tels patients comme les diabétiques, les insuffisants cardiaques...vers une IPA libérale ?*

Les deux questions suivantes permettent de collecter les retours d'expériences des MG vis-à-vis de cette pratique interprofessionnelle ainsi que leur ressenti sur la satisfaction des patients :

- *Pour vous, qu'est-ce que cela amène de travailler en collaboration avec une IPA libérale ?*
- *A votre avis, qu'est-ce que cela amène aux patients ?*

Des questions de relance ont été formulé afin de recentrer la discussion ou de préciser certains points mais sans préparation préalable.

3.2. Conditions de réalisation

La réalisation des entretiens n'a pu se faire en présentiel en raison de la crise sanitaire et de l'éloignement géographique des professionnels interviewés. Les quatre entretiens ont donc été réalisé en visioconférence, *via* le logiciel ZOOM.

Trois des professionnels étaient sur leur lieu d'exercice pendant leur temps de travail en semaine. Le quatrième entretien s'est déroulé un samedi.

La durée des échanges a été de 18 minutes à 50 minutes.

3.3. Recueil des données

La conformité à la réglementation applicable à la protection des données personnelles a été respectée. Les données ont été recueillies et enregistrées *via* le logiciel ZOOM après recueil verbal du consentement.

Les professionnels ont été informé que le sujet de la recherche portait sur « l'implantation de l'IPA en ville » mais sans aucune autre indication afin de ne pas orienter les réponses. De même, j'ai complété l'introduction de ma démarche par une simple présentation

de mon parcours (IDE depuis 25 ans, en libérale depuis 19 ans et en cours de master IPA PCS en 2^{ème} année).

La retranscription mot pour mot a été réalisée sur WORD par moi-même afin de favoriser l'appropriation des contenus. Le contenu des échanges après l'annonce de la fin de l'entretien a été retranscrit mais n'a pas fait l'objet d'une analyse afin de ne pas biaiser les résultats.

Les entretiens ont été anonymisés et les enregistrements ont été ensuite effacés pour répondre aux règles de respect de la personne.

3.4. Analyse des données

L'approche utilisée pour ce travail a été une méthode empirico-inductive utilisant une méthodologie d'analyse thématique de type « L'écuyer »¹⁶. Elle permet de repérer des idées en identifiant, analysant et résumant des thèmes retrouvés dans un ensemble de données. Elle a été développée par Clarke et Braun¹⁷ et permet de traiter des sujets pour lesquels les références théoriques et bibliographiques sont limitées comme pour le sujet traité dans ce travail.

L'analyse a été réalisée manuellement à partir des verbatims, sans recours à des logiciels, en suivant les six étapes :

- Familiarisation avec les données,
- Génération de codes,
- Génération des thèmes initiaux,
- Examen des thèmes,
- Définition et la dénomination des thèmes,
- Production du rapport.

¹⁶ L'Écuyer R. (1990), *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*, Presses de l'Université de Québec

¹⁷ Braun V. & Clarke V. (2006), *Using thematic analysis in psychology*, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. En ligne : <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

III. RÉSULTATS

1. Modalités d'adressage

Pouvez-vous me raconter comment vous faites pour adresser vos patients atteints de pathologies chroniques à une IPA libérale ?

1.1. Rencontre et présentation entre le MG et IPA

À travers les entretiens, il ressort que ce sont les IPA qui sont à l'initiative de la présentation. Toutefois cela s'est réalisé dans un cadre différent pour chaque rencontre :

- Dans le cadre du stage en Master IPA.

MG1 : *« Nous avons eu une IPA libérale qui est venue tout d'abord en stage et puis, qui est restée. »*

- Dans le cadre de mission en rapport avec la crise sanitaire, en l'occurrence dans un centre de vaccination COVID 19.

MG2 : *« lors de séances de vaccination à l'hôpital d'Arras de façon fortuite, j'ai découvert, appris à connaître et sympathisé avec M-H¹⁸. »*

- Spontanément auprès de la coordinatrice de la MSP.

MG3 : *« j'ai été bien contente que M-H se présente à nous . »*

« En fait, l'IPA est venue se présenter à nous, elle est venue se présenter à la coordinatrice de la MSP. »

- Dans le cadre de l'enseignement du Master dont le MG fait partie du corps pédagogique.

MG4 : *« Actuellement vous travaillez avec une IPA, vous l'avez connu comment ? Par le biais de votre enseignement ?*

- Voilà c'est ça. Donc en fait c'est un peu favorisant. Ensuite au niveau de la CPTS du grand Douai il y a eu plusieurs stagiaires IPA qui sont déjà passés. »

Pour l'un des médecins généralistes ayant déjà rencontré un IPA avant son installation, il n'a pas spontanément fait appel à cette IPA. Il a toutefois adhérer à la proposition de l'IPA rencontrée fortuitement et après des échanges entre cette dernière et les MG de la MSP. Il dit qu'il aurait fait appel à un IPA mais pas aussi rapidement.

¹⁸ Les personnes citées dans les entretiens ont été anonymisées, il en sera de même pour l'ensemble des initiales dans ce mémoire

MG2 : « *Mais par contre, je n'avais pas de connaissance IPA sauf si, je dis des bêtises par ce que quand j'étais en stage d'interne de médecine générale chez LT à la MSP de Gauchin à côté de St Paul j'ai connu A qui est IPA encore, j'imagine encore. Je pense qu'elle est titulaire dans la MSP. Si je dis des bêtises sur le plan pratique j'en ai connu pendant mon internat et sur le plan théorique j'en ai parlé plusieurs fois dans ma thèse. MH je l'ai rencontrée une fois installé quand j'ai vacciné au centre de vaccination à l'hôpital d'Arras. »*

« J'aurai probablement fait appel à une IPA au sein du centre médical, peut-être pas aussi rapidement car en effet finalement, ça était assez vite, on a discuté avec MH de l'IPA. »

Ce même médecin s'interroge sur le *modus operandi* pour solliciter un IPA.

« C'est vrai que c'est une question intéressante, un médecin qui ne connaît pas d'IPA et qui voudrait en avoir une au sein de centre médical Qui est-ce qu'il doit sollicité ? C'est vrai que ce n'est pas vraiment connu ! »

1.2. Etat de connaissances du statut d'IPA

Sur les quatre MG, trois connaissaient la profession d'IPA avant de travailler en collaboration avec l'un d'entre eux. Ils ont appris à connaître ce nouveau statut par le biais de leur activité respective de :

- Maître de stage

MG1 : « *Maître de stage, également maître de stage de médecine générale, mais aussi d'IPA. »*

- Enseignant au sein de la filière IPA

MG4 : « *je suis aussi enseignant dans le master de trajectoires de santé, enseignant dans le master IPA. »*

- Chercheur dans le cadre de la thèse doctorante

MG2 : « *Je connaissais déjà à l'époque par cet attrait sur la pluri et l'inter professionnalité, j'en avais parlé un petit peu dans ma thèse aussi. Donc bon je connaissais un petit peu à quoi ça consistait. »*

MG2 : « *J'ai appris à connaître le métier d'IPA mais qui venait de naître en 2000, je ne sais plus mais enfin c'était l'année de ma thèse, c'était le moment que le statut d'IPA, je crois, était vraiment en cours de développement, je ne dirais pas qu'il venait d'être créé mais les masters se développaient dans plusieurs facultés. J'ai appris à connaître le statut d'IPA, à quoi servait une IPA et le principe de ce nouveau métier. »*

La non-connaissance verbalisée par le quatrième médecin de cette nouvelle fonction est partagé par ses trois confrères au sein de la MSP ainsi que par les patients.

MG3 : « *Bien qu'on est 4 jeunes médecins, il n'y a aucun de nous ne savaient ce que c'était le métier d'IPA. Elle nous a expliqué un petit peu le rôle, ce qu'elle nous proposé.* »

MG4 : « *Et le problème c'est ça, c'est que les professionnels entre eux ne discutent pas toujours. Parfois ne se connaissent même pas.* »

MG2 : « *la plupart des patients ne connaissent pas.* »

Malgré une connaissance du métier par trois MG sur quatre, je relève des imprécisions sur le rôle de l'IPA de leur part.

MG1 : « *La responsabilité médico légale, elle incombe à celui qui a le dossier, c'est à dire le médecin.* »

MG4 : « *Donc il faut, je pense que franchement le médecin traitant doit si l'IPA n'est pas l'IDE habituel et bien voilà on se met d'accord avec le patient, on se met d'accord avec les différents acteurs pour que ça se passe bien.* »

Le métier d'IPA souffre de son statut de nouveau métier dans le paysage médical et d'une certaine méfiance par rapport au partage de tâches.

MG1 : « *Donc le parallèle, vous allez le comprendre c'est qu'on ne peut pas décréter la confiance pour un patient, pour un nouveau métier. Vous avez d'un côté dans les nouveaux textes 2022, des accès directs pour les nouveaux, pour les métiers, kiné. Vous allez voir où je veux en venir. Vous avez donc les orthoptistes, les orthophonistes, les kinés et les pédicures qui pourront voir les personnes en accès direct sur des choses protocolées. Et ces professionnels exercent un métier qui existe depuis 30, 40, 50 ou 100 ans. Ce n'est pas la même chose que l'infirmière de pratique avancée qui est un nouveau métier. Avec une nouvelle transversalité.* »

MG3 : « *D'aprioris.* »

MG4 : « *Les professionnels de santé du territoire sont parfois eux même les freins à cette implantation par peur de : « Il va prendre ma place. Il va faire le boulot à ma place. Je ne vais plus rien contrôler. » »*

La méfiance que peut engendrer l'arrivée des IPA touche également les IDEL et l'activité mixte, qui est parfois encore nécessaire pour des raisons financières, peut générer des tensions.

MG4 : « *Si les IPA sont obligés de travailler comme IDEL comme avant et faire en plus IPA ça ne va pas permettre de développer suffisamment la fonction d'IPA. Il y a toute cette*

problématique-là. S'il n'y a pas une rémunération qui est adaptée et puis en plus la continuation des 2 rôles va rendre difficile sur le terrain l'acceptation de l'IPA, parce que l'on va dire : « ah bah ouais ça s'est le truc pour me piquer mes patients ». Donc ça s'est important qu'il y est vraiment une dichotomisation des 2 rôles et qu'une infirmière IPA soit une infirmière IPA. »

1.3. Moyens logistiques

1.3.1. Explications et recueil du consentement du patient

Le consentement du patient est la condition *sine qua non* pour débiter un co-suivi MG-IPAL et celui-ci est recueilli par le médecin lors d'une consultation après lui avoir exposé le rôle de l'IPAL.

MG1 : *« J'envoie un message à A, je lui explique qu'il est ok pour voir le patient, que je l'ai prévenu que tu allais le voir. Ensuite, ils fixent le RDV. Le patient voit A. »*

MG1 : *« Il faut faire très attention que le patient n'a pas l'impression « Ah ben, le docteur il ne veut plus me voir. » »*

MG2 : *« Ou en consultation, on évoque avec le patient souvent en fin de consultation l'intérêt. Tout d'abord qu'est-ce qu'une IPA, l'intérêt du suivi IPA, du co-suivi d'IPA avec nous. Et si le patient est d'accord après un consentement oral et écrit. »*

MG3 : *« J'ai contacté quelques-uns par téléphone, pour expliquer un peu, que je travaillais maintenant avec une IPA, quelles étaient ces fonctions, quels intérêts il y avait pour eux qu'elle rentre dans leur suivi. La plupart ont accepté les choses, après je me suis rendue compte qu'il y avait beaucoup de gens sourds par téléphone. Donc pour beaucoup, je leur ai proposé aussi en consultation. En fait, quand ils viennent pour leurs renouvellements et bien je leur expose un petit peu les rôles de M-H. »*

L'affichage en salle d'attente est également utilisé dans deux des MSP pour informer la patientèle sur ce métier.

« Elle a aussi mis une affiche explicative dans ma salle d'attente, je demande aux gens d'aller lire en sortant de consultation, pour qu'ils aient d'autres infos. »

1.3.2. Outils communs

Des outils communs sont utilisés pour se transmettre les informations : un tableur, par exemple, pour adresser les patients, et une messagerie sécurisée pour transmettre un dossier de soins partagé.

MG1 : *« Le logiciel pluriprofessionnel, plus la confiance dans l'équipe, font que ce dossier est enrichi au fur et à mesure. »*

« Et c'est des logiciels professionnels où on peut s'envoyer des messages sécurisés. Et on se dit : « Tiens, j'ai vu monsieur, j'ai vu sa prise de sang, y a ça. On pourrait modifier tel traitement, il faudrait que quelqu'un le revoie, où là ça fait chronique. » »

Ces outils semblent permettre une coordination plus au moins efficace à distance.

MG2 : *« Après nous, comment on fait, on a trouvé un système qui est probablement perfectionnable. On en discute régulièrement avec MH, c'est un système de tableur en ligne, tout simplement... Et ensuite, notre IPA du coup consulte régulièrement ce tableau, les convoque elle-même ça c'est sur le plan technique. »*

MG1 : *« Et bien le cabinet d'A, l'infirmière en IPA est mitoyen, à côté du mien. »*

1.3.3. Cadre organisationnel

Des modalités organisationnelles indispensables sont fréquemment évoquées par les professionnels telles que :

- La répartition et la fréquences des consultations entre le MG et l'IPA :

MG1 : *« elle dit après « la prochaine fois, on peut se voir dans 6 mois. Entre deux vous voyez le docteur T ». Et puis petit à petit, se met en place cette circulation du patient. »*

- Les échanges d'informations :

MG1 : *« On fait des rétros actions. Par exemple, on va repérer ensemble dans la liste des patients que j'ai à voir dans le mois. Tiens cette semaine, j'ai M. machin. Tu le connais ? Oui, j'ai déjà vu mais je l'ai vu 2 fois de suite donc cette fois c'est à moi de le voir. Et lui, je l'ai vu 3 fois de suite, tiens tu peux le voir, j'en ai touché un mot, il est d'accord. »*

« Ensuite, on a l'évaluation par les retours des patients. J'ai vu Mme, je la revois dans 6 mois. »

MG3 : *« Et puis elle me fait un retour, au moins je sais que tout ce passe bien ou je sais que tout va mal et donc j'y retourne plus vite que prévu. »*

Cette organisation entre le MG et l'IPA est formalisée par le biais d'un « contrat » ou d'une « convention » qui correspond au protocole d'organisation qui est inscrit dans les textes officiels encadrant la pratique avancée.

MG1 : *« C'est des modalités de travail ensemble qu'on a co-élaboré ensemble. Un contrat enfin c'est plutôt une convention. »*

MG1 : *« le métier de l'IPA libéral n'a du sens que dans le cadre d'un exercice coordonné. Ce n'est pas la peine de créer un nouveau métier de la santé qui sera cloisonné sans lien avec une équipe de soins. »*

MG2 : *« Ben si pour le patient peut-être, il a 2 interlocuteurs mais est-ce qu'il y a une meilleure coordination et un meilleur suivi du dossier médical, j'en suis moins certain. Et c'est là le risque en fait avec les IPA, c'est pour cela que j'ai proposé à MH très récemment de peut-être se réunir de façon régulière pour l'instant avec la file active de patient qu'on a en commun tous les 2 mois. »*

Cette organisation semble difficile à formaliser mais indispensable pour éviter certains écueils comme le rejet par les autres professionnels de santé et pour optimiser le co-suivi.

MG2 : *« On a fait l'erreur de la laisser travailler, donc elle a pu en effet constituer comme un certain suivi de patients chroniques que l'on a au cabinet. Et finalement, elle nous envoyait ses contre rendus qui sont en plus très très complets et très bien fait mais on n'en discutait pas. Et appliquer une sorte de protocole, je n'aime pas le terme mais appliquer un certain mode d'organisation avec l'IPA dès son arrivé dans une structure médicale, dans une MSP, dans un centre professionnel etc. C'est quelque chose qui est, je pense très très important. Je sais que LT a eu le même problème quand ces IPA, je crois qu'il en a 2 et il a une stagiaire IPA et une IPA titulaire, je crois. Il a ce problème en effet de trouver un temps dédié à la concertation et aux retours des consultations, qu'il soit médical ou IPA. On dit toujours que l'IPA doit faire son retour de consultation au médecin mais le médecin doit faire aussi ces retours de consultation à l'IPA. Sinon, ça n'a pas d'intérêt. »*

MG4 : *« C'est un mandat en fait. Je pense qu'il faut définir les axes de travail avec l'IPA, demander l'accord du patient bien sûr, c'est ce que l'on fait à chaque fois et faire des réunions de synthèse pour voir ce qui a été mis en place, comment on peut justement mieux travailler tous ensemble. Après c'est le sens un peu de la MSP. Dans les MSP c'est un peu plus facile. »*

« Qu'au préalable, pour que ça se passe bien il y ai eu une identification du rôle de chacun, enfin une connaissance des différents acteurs. Ça veut dire qu'il faut se rencontrer. Si on commence à inclure un patient dans un parcours de suivi avec une IPA sans prévenir les autres acteurs c'est source de conflits. Donc il faut, je pense que franchement le médecin traitant doit si l'IPA n'est l'IDE habituel et bien voilà on se met d'accord avec le patient, on se met d'accord avec les différents acteurs pour que ça se passe bien. »

« Parce que ça existe déjà et on le voit en termes de coordination, différents acteurs commencent à prendre beaucoup de place. Acteurs qui sont déjà en place mais qui commencent à avoir des taches supplémentaires et en tant que médecin généraliste honnêtement on commence à avoir des problèmes de coordination, puisqu'on n'a plus les informations. Alors peut être avec le dossier médical de santé là, on verra mais je ne suis pas certain. »

1.4. Jugement clinique

Lors de la rédaction de la question de la trame d'entretien, j'attendais des réponses sur l'organisation et la logistique de l'adressage. Finalement les MG ont vu deux sens dans la formulation de la question. En effet pour eux, avant la mise en place pratico-pratique, l'adressage des patients vers un IPA requiert un jugement clinique, qui semble être un raisonnement « non évident » et complexe.

MG1 : *« Comment ça se passe ? Et bien, dans la file active de patients chroniques. D'abord, un repérage. Un repérage du profil de patients qui pourrait correspondre à une consultation d'IPA. »*

MG2 : *« Sur le plan technique ou sur le plan réflexion lors de la consultation ? »*

« C'est ça qui est le plus complexe en tout cas nous au sein du centre médical. C'est comment avoir un réflexe sous cortical en consultation, pour dire ce patient-là pourrait être éligible à un co-suivi avec une IPA, ça c'est la plus grande difficulté, mais on en parlera peut-être après pour les médecins généralistes. »

« Sur le plan réflexion, ça c'est autre chose mais c'est un peu plus complexe. »

MG3 : *« Alors au tout début de la prise en charge, j'ai sélectionné de tête, j'ai regardé un petit peu quel patient était éligible au double suivi. »*

2. Critères d'adressage des patients

Pouvez-vous préciser les raisons qui vous font adresser tels patients comme les diabétiques, les insuffisants cardiaques... vers une IPA libérale ?

2.1. Pathologies chroniques stabilisées

Comme le précise l'arrêté du 18 juillet 2018, l'un des champs d'actions de la pratique avancée (celui choisi par les IDELS) concerne : « Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. »

MG1 : *« Alors, bien sûr, il y a des critères comme vous disiez une maladie chronique stabilisée, bien sûr. »*

La notion de chronicité est importante car elle nécessite des consultations plus longues et fréquentes.

MG2 : *« une maladie chronique a probablement beaucoup plus besoin de 15 min tous les 3 mois. »*

MG1 : *« C'est une consultation qui va durer 40-45mins et là, elle va aller dans le détail, c'est peut-être des choses que je n'ai pas eu le temps d'aller en profondeur dans les explications ou le détail thérapeutique. »*

Concernant la notion de stabilité, c'est un critère difficile à identifier et à respecter car c'est un état fragile et précaire. Le patient chronique peut à tout moment basculer. Les retours des MG est donc moins précis et certains MG interviewés verbalisent même que le rôle de l'IPA est bénéfique également quand le patient est déstabilisé.

MG4 : *« On pense qu'il y a une valance supplémentaire à apporter. Si tout se passe bien dans le parcours, que la coordination est efficiente, efficace, pas forcément mais parfois on se rend compte, on rencontre des situations complexes qui vont pouvoir être résolu avec l'aide d'une IPA qui va pouvoir intervenir de manière spécifique en termes de coordination, en termes d'évaluation. »*

« Mais dans l'insuffisance cardiaque le patient stable, il faut s'en méfier en fait de la stabilité de l'insuffisance cardiaque. Elle est précaire et on peut très vite passer d'un stade dit stable à une décompensation. Donc je pense que là c'est pas juste, juste suivre des patients qui sont non stables. En fait on a des personnes qui vont avoir plusieurs maladies chroniques par exemple et même si à l'instant T cette stabilité est obtenue ça veut pas dire qu'il faut arrêter le suivi par l'IPA. Un personne qui aurait accepté un suivi, on l'aura identifié comme pouvant être soit déstabilisée, soit fragile, soit ayant un besoin d'accompagnement particulier. »

MG2 : *« On a plein de patients diabétiques déséquilibrés qu'on a suivi, auquel on a proposé un co-suivi avec l'IPA qu'ils ont accepté et ça se passer très bien. »*

2.2. Complexité

La complexité de la prise en soin est le facteur le plus cité et développé par les médecins pour expliquer leur démarche de faire appel à un IPA. Cette complexité est due à la présence de comorbidités mais également à des problématiques sociales qui viennent interagir avec les problématiques médicales. Dans la chronicité toutes les dimensions du patient interagissent entre elles et rendent le parcours et la prise en soins complexes. Les facteurs de complexification du patient repris par les MG sont : la perte d'autonomie, le profil gériatrique, l'isolement, la fragilité, la précarité, le déficit cognitif...

MG2 : *« il a une ou plusieurs maladies chroniques ou en tout cas une maladie principale mais avec pas mal de comorbidités qui gravite autour. »*

MG2 : *« Le côté médical, le côté aussi peut être médicosocial, le côté mode de vie, le côté éducation thérapeutique, le côté avis thérapeutique aussi ça joue aussi et le côté suivi en général, au sens large du terme. »*

MG3 : *« Pour les patients gériatriques très âgés qui sont à domicile mais pour qui c'est assez précaire parce que plus au moins isolés. »*

MG 3 : *« Des gens qui ne sont plus suffisamment autonomes pour venir au cabinet, qui sont souvent avec des aides à domicile pour faire une évaluation gériatrique un peu plus globale. »*

MG3 : *« Plus de 2 ou 3 comorbidités pour le suivi et puis des fois après il suffit d'une comorbidité mais de patients qui sont un peu déficitaires au niveau cognitif. »*

MG4 : *« On va intégrer toutes les données bio-psycho-sociales dans la décision de ce patient a besoin d'un accompagnement spécifique, c'est pas juste par rapport à une maladie, on ne soigne pas une maladie. On va avoir une approche centrée patient. »*

La dépendance qui empêche le patient de se déplacer et donc de consulter au cabinet est également un critère de recours à l'IPA pour soulager le médecin.

MG3 : *« Déjà tous les patients que je vois à domicile, parce que par définition, c'est des gens qui ne sont plus suffisamment autonomes pour venir au cabinet. »*

Un des médecin va jusqu'à verbaliser que la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques par un seul professionnel est « dangereux ».

MG1 : *« la personne qui voudra rester tout seule dans son coin, c'est terminé. Elle ne pourra pas répondre à toutes les questions sur un patient complexe, une personne âgée, qui a déjà fait un infarctus, qui a du diabète, qui fait des chutes et qui est dénutrie. Tout seul pour résoudre le problème, c'est dangereux pour le patient. C'est médicalement dangereux pour le professionnel de santé, c'est inefficace. »*

2.3. Profil du patient

Le consentement du patient est une des conditions obligatoires. Pour que celui-ci adhère à la proposition de suivi par l'IPA, l'ancienneté dans la file active du médecin afin que le fait d'être accoutumé à la prise en soin interprofessionnelle sont des éléments décrits par les MG.

MG1 : *« Il y a l'ancienneté du patient dans la file active. Il y a son profil de personnalité également qui rentre en jeu, en ligne de compte. »*

MG1 : *« Quand je vois des patients, je dis ces patients-là, pour qu'ils aillent voir une infirmière de pratique avancée, lui celui-là il connaît la maison de santé depuis un moment, il connaît le fonctionnement la pluriprofessionnalité. »*

MG4 : *« Parfois ils refusent que ce ne soit pas leur infirmière ou leur infirmier. Et donc cet échec là il ne faut pas le reconduire en imposant dans le parcours des nouvelles personnes mais que ce soit vraiment des gens avec qui on a l'habitude de travailler, avec qui on va pouvoir initier quelque chose à la fois de novateur mais de structuré et montrer qu'il y a vraiment cette relation entre les différents acteurs et l'IPA c'est ça. C'est le besoin exprimé par le médecin traitant et le patient d'aller vers une meilleure coordination, vers un meilleur suivi en fait. »*

Toutefois, pour certains patients ayant des difficultés d'observance, les MG pensent que c'est un frein à l'orientation vers un IPA.

MG2 : *« il est peu enclin aux changements. »*

MG2 : *« Mais on a quelques patients réfractaires qui sont un peu souvent similaires aux patients pour lequel le médecin généraliste les suivent pour des difficultés d'observance ou de prise en charge thérapeutique à la maison. »*

2.4. Domaines d'expertise de l'IPA

Pour l'un des professionnels interrogés, l'adressage des patients dépend également de la pathologie chronique concernée et la maîtrise de celle-ci par l'IPA. Selon lui, l'IPA ne peut

pas avoir une expertise dans toutes les pathologies chroniques référencées dans les textes et le choix d'adressage ou non de tel ou tel patient à l'IPA en tiendra compte.

MG4 : *« Elle peut pas suivre tous les patients qui présentent tous une maladie chronique. Déjà en termes de temps et ensuite on est quand même plus à l'aise quand on connaît très bien une maladie chronique en termes de suivi, que quand on commence à se disperser sur toutes les maladies chroniques. Il y a un temps d'appropriation aussi pour l'IPA en termes de correspondants, en termes de territoire. C'est pas de but en blanc. Je pense que ça doit être progressif et puis une fois que l'on maîtrise bien une maladie chronique on peut envisager de commencer à travailler sur une autre et ainsi de suite quoi. »*

3. Retour d'expériences par le MG

Pour vous, qu'est-ce que cela amène de travailler en collaboration avec une IPA libérale ?

3.1. Facteur temps

Le suivi de patients porteurs de pathologies chroniques nécessitent du temps pour recueillir et analyser toutes les informations et engendrent donc des consultations chronophages.

MG2 : *« Plusieurs facteurs, souvent l'un des plus gros facteurs et je ne parle pas forcément uniquement par rapport à la consultation, c'est le facteur temps... Je me dis que 15 min, pour discuter de tout le vécu, ces représentations, ces attentes, son traitement, son mode de vie, son éducation thérapeutique. Je pense que tous les médecins seraient d'accord pour dire que c'est impossible. »*

MG3 : *« Et en un quart d'heure, quand on voit 4 fois la personne dans l'année et qu'elle a 5 comorbidités, je débordais toujours, j'étais toujours en retard, de refaire le point sur le suivi de chaque patho, etc. Donc là, ça permet entre deux, pour le suivi, le fait que M-H soit passée entre deux, j'ai moins de questions à poser, j'ai moins de choses à vérifier, donc les consultations sont plus rapides. »*

MG2 : *« les fiches de synthèse de MH. C'est quelque chose qui est intéressant, qui est peut-être trop chronophage pour des consultations de médecine générale. »*

Les consultations avec l'IPA permet d'alléger les consultations médicales ainsi que le planning du médecin et de ce fait de dégager du temps médical.

MG2 : *« Mais ça peut libérer du temps médical. »*

MG3 : « Ça permet aussi, je ne prends plus de nouveaux patients mais je dépanne beaucoup plus volontiers des confrères en vacances pour des patients dans le besoin parce que du coup, ça me libère un peu de temps. »

MG3 : « Que nous ça nous libère du temps, qu'on est plus serein entre les renouvellements. »

Avec l'engorgement des emplois du temps des MG, les visites à domicile sont de moins en moins fréquentes. Ces visites réalisées par les IPA peuvent pallier cette problématique, en permettant au MG d'espacer les visites à domicile des patients dépendants tout en étant rassurés. De plus, se rendre au domicile permet de connaître le mode et les conditions de vie du patient qui sont sources d'informations riches pour le suivi.

MG3 : « Elle va au domicile de certaines personnes que moi je vois parfois au cabinet. »

MG4 : « On y va pas forcément d'ailleurs parce que le nombre de domicile, enfin de visites à domicile a fortement diminué et donc on va pas toujours chez les gens. »

MG4 : « On ne les voit pas forcément dans leur environnement, ça ça peut être aussi une plus-value d'IPA qui peut aller rendre visiter à domicile, évaluer des risques, faire de la prévention aussi. En termes de risques par exemple de risques de chutes chez certaines personnes, voir un peu le logement, alerter au niveau social. Enfin y a plein plein de choses comme cela qui peuvent émerger grâce aux IPA. »

3.2. Complémentarité

Un élément essentiel partagé par les quatre praticiens est la complémentarité entre le médecin et l'IPA. Ce double prisme permet d'avoir une connaissance plus qualitative et quantitative du patient améliorant ainsi la prise en soins et la qualité de vie.

MG1 : « Entre un œil médical du médecin traitant ou de l'équipe pro et de l'IPA. »

MG2 : « Qu'il y a un autre intervenant pour refouiller dans les attentes du patient, ça c'est intéressant. »

MG2 : « l'IPA peut penser à des choses que le médecin ne pense pas et que le médecin pense à des choses que l'IPA ne pense pas. »

MG2 : « les infirmières ont un abord différent du médecin généraliste face à l'éducation thérapeutique, sur les questions sur le mode de vie sont souvent plus poussées quand c'est une IPA qui les réalise que le médecin...C'est vous qui êtes le premier maillon en fait finalement, ce n'est pas le médecin traitant. »

MG2 : « Ça a cette vertu d'avoir deux cerveaux qui travaillent sur la même prise en soin et deux cerveaux valent mieux qu'un. »

MG3 : « C'est des prises en charge qui sont beaucoup plus complètes et beaucoup plus globales. On va plus au bout des choses et elle permet d'évaluer plein de dimensions... Elle m'interpelle sur des situations que je n'aurai jamais soupçonné jusqu'ici. »

MG4 : « Quand on va dans les maisons, quand on voit les gens on a toujours un regard différent. »

3.3. Coordination

Le rôle de l'IPA ne repose pas uniquement sur le suivi individuel du patient lors des consultations avec interrogatoire, examen clinique et éducation. La dimension de coordination est également une des compétences de l'IPA qui doit être mise à profit pour améliorer le parcours de soins du patient ainsi que la collaboration entre les professionnels de santé.

MG4 : « L'IPA dans ce genre de réunions à son sens aussi parce que elle va pouvoir aller recueillir des informations et après on va pouvoir aller lui demander de mettre en place des actions de coordination entre les différents acteurs. »

MG4 : « Simplifier un petit peu le travail du médecin traitant et favoriser une optimisation de la coordination. »

MG4 : « Elle va avoir une spécialisation dans ce domaine-là pour pouvoir mieux aborder le suivi, mieux observer les épisodes possibles de iatrogénie, pouvoir apporter des indications aux autres soignants sur tel ou tel point du parcours, enfin voilà. Et tout ça en coordination et donc nous en MSP il y a une coordination qui est faite par une personne au sein de la MSP et il y aura aussi cette relation-là entre l'IPA et la personne qui coordonne la MSP. »

3.4. Recherche

L'implication de l'IPA dans des travaux de recherche au-delà de la simple participation, c'est une collaboration qui s'opère entre le médecin et l'IPA.

MG1 : « Elle est aussi un partenaire pour la recherche... Nous sommes co-investigateurs d'un projet..., ma co-investigatrice c'est l'infirmière en pratique avancée. »

3.5. Enrichissement

En dégagant du temps médical, le MG peut augmenter sa patientèle et, en proposant un « service en plus » par le co-suivi, le cabinet devient plus attractif. De ce fait, un enrichissement financier s'opère.

MG1 : *« Ça m'enrichie, vous avez compris le sens, un enrichissement. Ça nous donne plus de travail. Plus vous allez vers les autres, plus vous avez du monde qui vient. »*

Mais l'enrichissement n'est pas seulement pécunier, il est également professionnel et humain. En effet, une relation amicale basée sur le soutien, la sérénité et la confiance est décrite par les MG.

MG1 : *« Ça crée des liens en dehors du boulot. On a déjà fait des repas de familles ensemble on s'est rencontré avec son mari... »*

MG3 : *« Un échange et une confiance. »*

MG3 : *« La certitude que tout se passe bien. On est plus serein entre les renouvellements. »*

MG3 : *« Ça permet d'être un peu personnellement d'être un peu soutenue aussi. »*

3.6. Impact sur la prise en charge

Dans l'ensemble, le travail en collaboration avec une IPA semble avoir un impact positif personnellement, humainement et professionnellement pour le MG.

MG1 : *« c'est une offre de soins complémentaire, supplémentaire ou complémentaire. »*

MG2 : *« la coordination de tout ça, fait que je pense que le patient est mieux pris en soins. »*

MG1 : *« Elle m'apporte beaucoup de choses, elle m'apporte un lien dans les explorations, alors, dans le champ de compétences, par exemple, le diabète, je sais qu'elle va aller au bout, du bout, du bout. Elle va faire tout le champ de la prévention, le champ de l'examen, le champ de la vérification, c'est tous les paramètres de surveillance et de prévention qui ont été défini. Ouverture vers d'autres options qui sont aussi larges que la prévention, que l'éducation thérapeutique. »*

MG2 : *« On pense que c'est une plus-value avec le co-suivi avec IPA. »*

MG3 : *« C'est bénéfique pour le patient et pour le médecin. »*

MG3 : *« C'est des prises en charge qui sont beaucoup plus complètes et beaucoup plus globales. »*

4. Ressenti du MG sur la satisfaction des patients

A votre avis, qu'est-ce que cela amène aux patients ?

4.1. Libération de la parole

L'ensemble des professionnels interviewés remarquent que les patients abordent plus facilement certains sujets avec les IPA au-delà du domaine médical. Il y a une libération de la parole du patient, une écoute de la part de l'IPA au bénéfice de la connaissance du patient et de sa prise en soins.

MG1 : *« Comme les temps de consultation sont plus longs, il y aura des choses qui vont en sortir, dans le cadre de la confiance. »*

MG1 : *« Des paroles qui peuvent se libérer qui n'ont pas forcément en rapport la question du diabète. »*

MG2 : *« Ils abordent plein de choses qu'ils n'abordent pas avec nous. Et notamment, comme on dit chez nous « comment ça se passe à la maison ». »*

MG2 : *« Les patients le disent souvent ça qu'ils ont eu l'impression d'être peut être un plus écouter, c'est pas ce qu'ils me disent, mais qu'ils ont pu parler de plus de choses et qu'ils ont l'impression d'avoir un peu plus de clés dans leur suivi. »*

MG3 : *« Et puis des fois, ils sont aussi un peu moins impressionnés par l'IPA parce qu'elle est à domicile, elle s'assoit avec eux, elle discute un peu plus tout simplement. Ils ont peut-être l'impression qu'il y a moins de barrières, je ne sais pas, mais du coup ils se livrent sur des choses. »*

MG4 : *« En fait ils sont contents parce qu'ils... on s'occupe d'eux, on s'occupe d'eux différemment. »*

MG4 : *« Ça lui apporte un plus. Enfin c'est très riche pour le patient. »*

4.2. Sécurité

Un sentiment de sécurité de la part des patients est décrit par l'un des MG. C'est un interlocuteur supplémentaire dans le suivi qui semble être plus disponible qui complète l'offre de soins.

MG3 : *« En plus, du coup, des fois, ils n'osent pas nous appeler pour des petites choses qui pour eux semble banales et du coup ils n'osent pas trop déranger le médecin, parfois ils*

sollicitent M-H qui les oriente un petit peu, qui les rassure, qui des fois m'interpelle quand c'est nécessaire. Enfin, ça leur permet d'avoir un numéro, quelqu'un en plus sur qui compter. »

MG3 : « Et que pour les personnes âgées c'est une sécurité en plus, elle évalue le domicile, la précarité, et on agit en conséquence. »

4.3. Recul insuffisant

Cependant, même si la plus-value que semble apporter la collaboration entre le MG et l'IPAL, est explicitée par l'ensemble des professionnels et des patients, l'émergence de cette profession ne permet pas d'objectiver cette plus-value.

MG2 : « Vous dire s'il y a une amélioration de la prise en soin pour l'instant c'est un peu tôt. Mais ils ont accepté et ça se passe bien, il y a une plus-value apparemment dans le co-suivi pour l'instant... on n'a pas un énorme expertise dans l'IPA au sein du centre médical, ça fait pas longtemps, pas plus d'un an qu'on travaille avec MH. »

MG4 : « Et je pense que quelque part on aura un indicateur à un moment ou un autre quand les IPA seront suffisamment nombreuses, en termes d'acceptation des patients ou de refus des patients, on pourra identifier facilement si le système fonctionne aussi. »

IV. DISCUSSION

1. Limites méthodologiques et points forts de l'étude

1.1. Limites de l'entretien

Les entretiens n'ont pu être réalisés en présentiel à cause de la crise sanitaire mais également de l'absence, sur mon territoire et dans ses alentours, de MG exerçant avec des IPA. Toutefois, l'impossibilité de me rendre chez les médecins a pu être pallié par l'utilisation de visioconférences que les professionnels se sont appropriés lors de la crise COVID. Cela a peut-être même facilité l'acceptation des professionnels car l'entrevue a peut-être été ressenti comme moins contraignante et chronophage. Mais l'analyse a été amputé de l'observation du non-verbal et de certaines interactions.

La restriction de l'échantillonnage dû au manque de temps ainsi qu'au manque de MG adressant aux IPAL à empêcher d'aboutir à la saturation des données. Même si la richesse des données recueillis a permis de réaliser une analyse, il serait intéressant d'interviewer plus de médecins.

Le déroulement des entretiens n'a pas respecté les normes exactes attendues dans un travail de recherche. En effet, malgré l'élaboration d'une trame d'entretien, mes interventions ont été au-delà des questions de relance et de reformulation autorisées pour un travail de recherche scientifique. Cela représente un biais pour l'étude. Si le temps accordé à ce travail avait pu être plus conséquent, ces quatre entretiens auraient pu être des entretiens tests afin de parfaire mon outil mais également mes compétences en matière de réalisation d'entretiens semi-directifs. J'ai conduit ces interviews comme des entretiens avec des patients dans le cadre de ma pratique professionnelle, et notamment éducative.

1.2. Limites de l'étude

La pratique avancée implique la présence de trois acteurs : le médecin généraliste, l'IPA et le patient. Pour aborder le sujet de l'implantation de ce nouveau métier dans le paysage médicale, il serait intéressant de recueillir et de croiser les ressentis et expériences de ces différents protagonistes. Un focus groupe IPAL donnerait un retour sur l'exercice de la pratique avancée dans un deuxième temps et une enquête quantitative à partir d'un questionnaire diffusé auprès des patients suivis par un IPA compléterait dans un dernier temps la thématique.

1.3. Points forts

Le choix d'une étude qualitative permet de recueillir des retours d'expériences dans le but d'objectiver des vécus et de ressentis.

De par la récence de cette profession en France, il fut nécessaire de réaliser des recherches à l'étranger. Cela a permis d'élargir la vision de la pratique avancée et de comparer cette pratique dans des conditions d'exercice différentes.

En France les recherches effectuées sur l'implantation de la pratique avancée ont été principalement effectuées en milieu institutionnel. Ce travail a permis de traiter le sujet dans le contexte des soins primaires.

La lecture des deux rapports Berland ainsi que celui de l'IGAS fut très instructive pour connaître la genèse, l'état des lieux et le déploiement de cette profession.

Les difficultés d'implantation, dues notamment à la jeunesse de ce statut, soulignent certaines limites et manquements législatifs. Cette recherche met donc en évidence la nécessité d'une première évaluation de l'activité de la pratique avancée en libéral.

2. Discussion des résultats

2.1. Une profession encore méconnue

La profession d'IPA, ou plus précisément le statut d'IPA, est très récent¹⁹. Toutefois l'élargissement des compétences des infirmiers est au cœur des réflexions sur l'évolution du système de santé depuis plusieurs décennies.

En 2003, le rapport Berland²⁰ indiquait que « *des infirmières cliniciennes spécialistes de soins primaires devaient être identifiées pour des missions de conseil, éducation, prévention, suivi de traitements. Il s'agissait de faire face à la diminution de la démographie médicale en France, d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles et d'apporter une légitime reconnaissance* ». En 2004, dans le sillon de ce rapport, la fonction de l'infirmier Asalée²¹ fut créée. Ce nouveau rôle marqua la première évolution des missions de l'infirmier avec la création de protocoles permettant la coopération avec les médecins généralistes dans le suivi de maladies chroniques et de dépistages.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé²² proposait « *d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique* », via notamment la reconnaissance du statut d'infirmier en pratique avancée rendu effectif en 2019²³.

Malgré l'évolution progressive, il est difficile pour les professionnels de santé, et notamment les MG, de connaître l'existence de ce nouveau métier ainsi que ces missions. Pour les professionnels qui en ont connaissance, des représentations hétérogènes, incomplètes voire

¹⁹ Aghnati M., Darloy T., Dictor J., Gasparovicova M., Drouot C., Gasperini F., Bouchez T., S.F.S.P. (2021), *Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif*, « Santé Publique », Vol. 33, pages 547 à 558

²⁰ Berland Y. (2003), *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Collège Français d'Échographie Fœtale (CFEF). En ligne : https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf

²¹ Mousquès J., Bourgueil Y., Le Fur P., Yilmaz E. (2010), *Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care*. Health Policy, 98(2), 131-43

²² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022, texte n°1. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

²³ Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF n°0164, texte n°18. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115/>

inadaptées sont observées²⁴. Selon une étude néo-zélandaise de 2009²⁵, un manque de formation des professionnels de santé sur les compétences collaboratives est un frein à la mise en place de dispositifs de travail interprofessionnel. L'accessibilité à l'interprofessionnalité dans le cursus initial et la formation continue des professionnels de santé permettrait d'acquérir des réflexes de collaboration qui faciliteraient l'intégration de l'IPA²⁶. Si les pouvoirs publics ont un rôle majeur dans la communication sur ce nouveau maillon dans le parcours de soins du patient, il incombe surtout aux diplômés et précurseurs de « démarcher » les MG pour potentialiser leur implantation. Pour aider à l'implantation de nouvelles pratiques, différents modèles ont été décrits.

Le modèle PEPPA²⁷ (Bruyant-Lukosius et DiCenso) (Annexe 2) approuvé par le conseil international des infirmiers, représente le modèle de référence pour l'implantation des IPA en milieu hospitalier. L'adaptation de ce modèle en ambulatoire serait certainement facilitée dans le cadre d'un exercice coordonné (MSP ou CPTS) mais reste compliquée.

En soins primaires, une approche sociologique moins institutionnelle semble plus appropriée. En effet, l'arrivée de pratique avancée modifie les rôles, les interactions interpersonnelles entre les différents professionnels du soin. Un processus de changement s'opère dans un contexte où, dans un premier temps, les protagonistes présenteraient des intérêts divergents. Basé sur l'approche contextualiste²⁸ (Pettigrew, 1987), le modèle polyphonique du changement (Pichault, 2013) permet de rendre compte de cette complexité. Selon ce modèle, le changement est le résultat de forces interagissant :

- une force planificatrice (les objectifs et les résultats attendus),

²⁴ Aguilard S., Colson S., Inthavong K., S.F.S.P. (2017), *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature*, « Santé Publique », Vol. 29, pages 241 à 254

²⁵ Pullon S., McKinlay E., Dew K. (2009), *Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork*, 59 (560), 191-7

²⁶ Aghnatiou M., Darloy T., Dictor J., Gasparovicova M., Drouot C., Gasperini F., Bouchez T., S.F.S.P. (2021), *Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif*, « Santé Publique », Vol. 33, pages 547 à 558

²⁷ Schwingrouber J., Loschi A., Gentile S., Colson S. (2021), *Etude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), « Recherche en soins infirmiers », n°145, pages 104 à 121

²⁸ Alphonse-Tilloy I., Devienne E. (2020), *Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction*, Management Prospective Ed., « Management & Avenir Santé », n°6, pages 15 à 38

- une force incrémentale (l'interférence des décisions antérieures avec le changement analysé),
- une force politique (les intérêts, enjeux et stratégies des acteurs),
- une force interprétative (la construction d'un sens à construire et à donner collectivement au changement pour le rendre acceptable),
- une force contingente (les contraintes et opportunités des contextes interne et externe).
Dans l'intégration de l'IPA, les variables identifiées à partir de ce modèle sont :
- le contenu du changement (évolution des rôles des différents professionnels, de la perception des patients, développement d'un climat de confiance, niveau d'expertise de l'IPA)
- le contexte du changement (complexité et chronicité des patients pris en charge, restrictions budgétaires, démographie médicale, incertitudes réglementaires)
- le processus du changement (sensibilisation des parties prenantes, compréhension des rôles respectifs des membres de l'équipe).

La prise en considération de ces facteurs permet aux différents acteurs de travailler sur le changement et rendre compatibles les intérêts et les objectifs de chacun (Abitbol, 2012). La formulation d'un objectif commun créateur de sens, qui dépasse les divergences d'intérêt, et dans l'atteinte duquel chaque acteur a un rôle bien défini dès le départ du projet permettra de lever les obstacles à l'émergence de cette nouvelle profession.

En pratique, l'IPA sera souvent à l'origine de ce processus de changement de la part des MG et des patients. Il semble nécessaire qu'un travail préparatoire en amont soit réalisé afin de recueillir le consentement du MG. Pour faciliter cette étape, il paraît plus judicieux de s'adresser à des médecins pratiquant déjà l'interprofessionnalité. De plus, cette présentation du métier ainsi que l'exposé des intérêts de cette pratique par l'IPA auprès des MG ouvrent sur les conditions de collaboration. Le protocole d'organisation nécessaire à la coopération entre l'IPA et le MG pose donc ces conditions.

2.2. La place du protocole d'organisation dans la coopération MG/IPAL

L'article R.4301-6 du code de la santé publique précise le protocole d'organisation :

- Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée. Ces modalités figurent dans le document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient, ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux

parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure. Ce document est versé au dossier médical du patient.

- Ce document précise les informations suivantes :
 - La composition de l'équipe ;
 - La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation ;
 - Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge, conformément à l'article L.1110-8 du code de la santé publique ;
 - Les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'infirmier exerçant en pratique avancée, notamment dans les situations prévues au dernier alinéa de l'article R.4301-5 du code de la santé publique ou sur demande du patient ;
 - Les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.

Le protocole d'organisation – à ne pas confondre avec les protocoles de coopération – permet de d'établir en concertation entre le MG et l'IPA les modalités organisationnelles. Il matérialise le périmètre d'exercice de l'IPA en termes d'activités médicales dérogatoires. Il doit préciser concrètement et précisément les éléments suivants :

- Les pathologies concernées et les domaines d'actions ;
- Le mode d'adressage (mail, tableau, appel téléphonique) ;
- La fréquence et l'alternance des consultations des deux professionnels ;
- L'accès aux informations du patient ;
- Le mode de transmissions et de retour d'informations ;
- Les modalités de réorientation du patient vers le médecin.

Ce protocole est établi entre le MG et l'IPA ou entre la MSP et l'IPA et est adapté selon le patient pris en soins. Il peut être évolutif dans le temps afin d'améliorer la collaboration.

Il permet d'établir le cadre ainsi que les responsabilités de chacun. « *Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre* », précise l'article L.4301-1 du code de la santé publique. Pour que le protocole d'organisation soit valable, l'IPA doit rester dans les périmètres de ces missions. En cas de

litige, le juge se penchera sur le contenu de ce document, comme élément pouvant constituer la faute engageant la responsabilité de l'IPA mais aussi celle du médecin²⁹.

Au-delà de la responsabilité, la rédaction du protocole d'organisation permet de passer d'une pratique mono-professionnelle à une pratique pluriprofessionnelle. Selon Cécile Fournier, sociologue à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) : « *Ce qui motive à davantage de coordination et de partage de tâches, c'est une certaine volonté des uns et des autres de développer de nouveaux modes d'organisation, d'améliorer la qualité des soins et les conditions d'exercice (médecin), de valoriser des compétences inscrites dans son rôle propre mais non reconnues (infirmière Asalée), d'amener une dimension d'autonomie dans le travail en équipe (IPA), d'exprimer son besoin d'être entendu, orienté et de participer aux décisions qui le concernent (patient). Tout cela se construit. Notamment à travers la proximité organisationnelle, la connaissance et la reconnaissance mutuelle, l'horizontalisation des relations, l'entrée dans une démarche de projet... mais aussi le fait de prendre soin les uns des autres.* »³⁰

Le protocole d'organisation a donc une place prépondérante dans la mise en application de la pratique avancée. En effet, il permet :

- de répondre à une obligation législative,
- de poser les responsabilités de chacun,
- de faire connaître le métier,
- d'engager les trois protagonistes (Patient-MG-IPA) dans un processus de changement,
- de rassurer,
- et de poser les modalités pour un co-suivi de qualité.

2.2. Quelle valeur ajoutée du point de vue du MG ?

En 2002, dans son rapport « Démographie des professions de santé »³¹, le Pr Yvon BERLAND alertait sur la situation démographique médicale avec l'apparition de risques de pénuries géographiques et disciplinaires dans les années à venir. À la fin de ce rapport, il émit « Dix propositions qui appellent des prises de décisions urgentes ». La troisième proposition

²⁹ Ramsay K. (2020), *Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?*, Global Média Santé, « Les Tribunes de la santé », n°63, pages 57 à 64

³⁰ *Ibid*

³¹ Berland Y. et al. (2002), *Rapport n°2002135 de la mission « Démographie des professions de santé »*

était : « Redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre différentes professions de santé. » En 2003, il fût missionné par le ministre de la santé Jean-François MATTEI d'analyser des coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays pouvant servir d'exemples pour une amélioration du système de soins français. C'est ainsi qu'en 2003, le Pr BERLAND présenta son deuxième rapport : « Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences. »³² La délégation d'actes médicaux de soins primaires aux infirmières y est décrite et représente une des solutions pour dégager du temps médical. L'objectif principal de la pratique avancée est donc de libérer du temps aux médecins. Les plannings médicaux étant ainsi allégés des consultations des patients porteurs de pathologies chroniques, les médecins peuvent accorder plus de temps pour les demandes de soins aigus, pour les soins non programmés. Ils sont plus disponibles pour leur patientèle mais peuvent également augmenter leur file active de nouveaux patients.

L'augmentation des pathologies chroniques nécessitant des temps de consultation plus longs et la diminution de la démographie médicale font que les MG ne peuvent réaliser des consultations longues. En 2011, une étude concluait à une durée moyenne de consultation de 18 minutes³³ et en parallèle un taux de motifs de consultation de 2,1 en général et de 4 au-delà de 60 ans³⁴.

De plus, l'engorgement de leurs plannings engendre une diminution des visites à domicile. La délégation de tâches envers les IPA permet de réinstaurer des consultations à domicile soit par le MG soit par l'IPA le plus souvent.

Il y a donc un réel service rendu vis-à-vis du dégagement de temps médical objectif par les MG. Mais au-delà du facteur temps, une véritable plus-value spécifique à l'expertise infirmière est mise en avant par les MG interviewés ainsi que dans la littérature.

³² Berland Y. *et al.* (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*. En ligne : https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf

³³ Bras P-L. (2016), *Les français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?*, Presses de Sciences Po, « Les Tribunes de la santé », n°50, pages 67 à 91

³⁴ Signoret J. (2012), *Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010*, Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest, Université de Versailles, 96 p.

L'IPA bénéficie d'une approche holistique du patient grâce à son identité professionnelle infirmière d'origine. Cela apporte une complémentarité à l'approche biomédicale du MG³⁵.

Les IPA qui sont IDE ont développé des compétences grâce aux relations de proximité qu'elles établissent avec les patients. Ils développent une expertise dans les dimensions médico-sociales. Ils repèrent les difficultés et les ressources liées aux conditions de vie, à l'environnement social-familial-financier. Ils ont un « œil » expert de la globalité de l'individu. Cette expertise permet une prise en soins de la complexité qu'engendre la chronicité. Les MG interviewés soulignent l'importance de l'interdisciplinarité dans les cas complexes. « *La notion de « patient en situation complexe », un terme qui unit la complexité médicale à savoir l'association et/ou les pathologies multiples, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (ADL), la sévérité des pathologies, l'instabilité de l'état de santé, des hospitalisations répétées pour une même problématique et la complexité psycho-sociale à savoir une association et/ou un cumul d'un faible recours aux soins, d'un isolement social, de vulnérabilité sociale, de pratiques de santé inadaptées, d'une situation de dépendance, et une nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs.* »³⁶ Cette complexité nécessite une approche multidimensionnel, interdisciplinaire et holistique de la situation du patient que la pratique de soins à domicile par les IDE favorise. De plus, la formation de la pratique avancée permet d'acquérir un raisonnement clinique plus poussé ainsi que des compétences en éducation, prévention, dépistage et suivi thérapeutique³⁷.

L'approche relationnelle spécifique est également ressentie par le patient car il y a une libération de la parole qui est observée par les MG. Toutefois, la récence du statut d'IPA ne permet pas d'évaluer de façon approfondie les bénéfices de cette pratique avancée.

³⁵ Lecocq D., Mengal Y., Pirson M., S.F.S.P. (2015), *Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?*, « Santé Publique », pages 105 à 110

³⁶ Busnel C., Ludwig C., Goret Da Rocha Rodrigues M. (2020), *La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers*, Association de recherche en soins infirmiers (ASRI), « Recherche en soins infirmiers », n°140, pages 7 à 16

³⁷ De Rosis C., Teixeira M., Jovic L., S.F.S.P. (2021), *Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une co-construction à l'œuvre en milieu de soins*, « Santé Publique », Vol. 33, pages 89 à 100

2.3. Manque de recul pour évaluer le rôle des IPAL

En France, la pratique avancée a été créée juridiquement par la publication, en juillet 2018, des textes réglementaires régissant les modes d'exercice et de formation issus de la loi de modernisation du système de santé de 2016. Les premiers diplômés sont sortis de l'université en 2019. Il est donc difficile, en 2022, de dresser un constat et une évaluation approfondis de cette pratique.

Toutefois, en novembre 2021, l'IGAS publia un rapport³⁸ sur les dispositifs de partage de compétences entre professionnels, sur les protocoles de collaboration et sur la pratique avancée de certaines professions et notamment celle infirmière, la seule autorisée à ce jour. Les premiers retours par les IPA, les médecins et les patients sont plutôt positifs dans l'ensemble sur la plus-value qu'apporte l'IPA. Le rapport de l'OCDE de 2010³⁹ fait état du même constat : *« En général, les évaluations disponibles montrent que le recours aux infirmières en pratique avancé peut améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente pour l'ensemble des services qu'ils fournissent. Elles montrent aussi que les infirmières en pratique avancée sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services qui leur sont transférés (par exemple, suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure), dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée. La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients pour les services fournis par les infirmières en pratique avancée, souvent supérieur au taux de satisfaction enregistré pour les services similaires fournis par les médecins. Cela semble s'expliquer principalement par le fait que les infirmières en pratique avancée passent généralement plus de temps avec chaque patient, leur apportant plus d'éducation thérapeutique et de conseil. Les études qui ont tenté de mesurer l'impact des activités des infirmières en pratique avancée sur l'état de santé des patients sont moins nombreuses, mais elles ne mettent en évidence aucun effet négatif sur la santé des patients à la suite du transfert de certaines tâches des médecins aux infirmières. »*

³⁸ Bohic N., Josselin A., Sandeau-Gruber A-C., Siahmed H. (2021), *Trajectoires pour de nombreux partages de compétences entre professionnels de santé*, Rapport IGAS n°2021-051R. En ligne : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf

³⁹ Delamaire M. et Lafortune G. (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n°54, Éditions OCDE, Paris. En ligne : <https://doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

De nombreuses études étrangères, comme celle de Kelley Kilpatrick, ont montré la plus-value des IPA sur le plan de la clinique, de l'organisation du parcours de soins et du système de santé⁴⁰.

Malgré les bénéfices mis en évidence, le déploiement ne remplit pas les objectifs fixés par les tutelles (5 000 professionnels en 2024, or seulement 1 716 diplômés en 2022)⁴¹. L'implantation de la pratique avancée rencontre des freins :

- L'opposition de certains médecins ;
- Le système de rémunération qui n'est pas viable pour une activité unique et oblige souvent à une activité mixte IDEL/IPA, plutôt délétère que bénéfique ;
- Un cadre législatif trop rigide avec l'interdiction de l'accès direct, de la primo-prescription par exemple.

Ces freins sont également mis en évidence dans les autres pays où la pratique avancée infirmière existe même depuis plusieurs décennies.

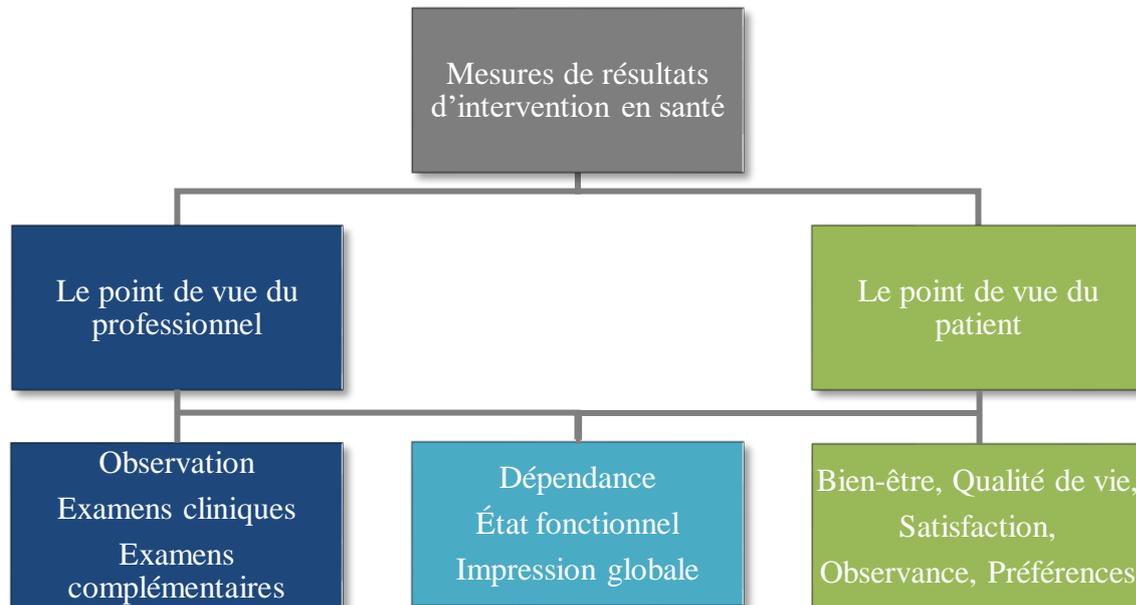
Pour évaluer l'impact et l'intérêt d'une nouvelle profession, il est important de recourir à des indicateurs d'évaluations qualitatifs et quantitatifs. Plusieurs outils peuvent être utilisés comme l'impact des interventions en santé sur la qualité de vie des patients porteurs de pathologies chroniques⁴².

⁴⁰ Simon T., Margat A., Debout C., Mercier A., Chevallier F., Libbey J. (2020), *Le nouveau diplôme d'Etat infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale : Proposition pédagogique du partenariat de l'Université Sorbonne Paris Nord et de l'Institut de formation interhospitalier*, « L'information psychiatrique », Volume 96, pages 545 à 552

⁴¹ Bohic N., Josselin A., Sandeau-Gruber A-C., Siahmed H. (2021), *Trajectoires pour de nombreux partages de compétences entre professionnels de santé*, Rapport IGAS n°2021-051R. En ligne : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf

⁴² État des lieux – Haut Conseil de la santé publique. En ligne : <https://www.hcsp.fr> › Explore.cgi › Télécharger

Les instruments de mesure de la qualité de vie liée à la santé :



L'évaluation des bénéfices du suivi par les IPA peut également se faire par le biais de l'évaluation des pathologies chroniques. Il existe pour cela les bases de données médico-administratives (BDMA)⁴³ : « *Les BDMA couvrent la totalité des soins de ville remboursés et des séjours hospitaliers pour la population résidant en France. Elles permettent de repérer pathologies ou processus morbides à travers leurs prises en charge, d'évaluer des actions de prévention ou de dépistage...* » Elles seraient un bon outil pour suivre l'évolution des pathologies chroniques sur le plan des dépenses de santé. Néanmoins les bénéfices du co-suivi IPA-MG ne peut se faire que sur la base de la diminution des coûts financiers. En effet, SAMUELSON⁴⁴, en 2012, a mis en évidence le danger de mettre en place la collaboration interprofessionnelle dans un but économique. La rémunération d'un IPA par rapport à celle d'un médecin est moins élevée, mais il y a une augmentation des examens complémentaires et d'adressage vers des spécialistes. L'impact financier est donc neutre voir plus élevé.

⁴³ Grémy I., Doussin A. (2013), *Surveillance des maladies chroniques en France : la contribution des bases de données médico-administratives*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Hors-série, p. 9-14

⁴⁴ Benoit M., Pilon R., Lavoie A-M., Pariseau-Legault P., S.F.S.P. (2017), *Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ? La collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario*, « Santé Publique », Vol. 29, pages 693 à 706

Néanmoins, à long terme, des économies pourront être observées avec la diminution des coûts liés aux complications. Par exemple, en 2009, DiCenso et al. ont effectué une revue de littérature des évaluations au sein des pays de l'OCDE qui montre une durée plus courte d'hospitalisation et un taux de réadmission plus bas.

Dans l'ensemble, à court terme, des coûts directs équivalents ou à la hausse sont relevés ; mais à moyen et long terme, on observe une diminution des coûts indirectes.

CONCLUSION

Cette étude qualitative menée auprès de médecins généralistes adressant des patients à des infirmiers libéraux en pratique avancée à partir d'entretiens semi-directifs avait comme objectif de répondre à la question : « Comment concevoir l'adressage des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées par le médecin généraliste vers l'infirmier en pratique avancée exerçant en libéral ? »

Ce nouveau statut de pratique avancée, encadré depuis 2018, rencontre des difficultés d'implantation par sa récence. Même si certains médecins ont connaissance de l'existence de ce métier, il existe de nombreuses zones d'ombre sur les fonctions de l'IPA ainsi que des représentations approximatives, voire des préjugés à son sujet. Il est donc primordial que les IPA communiquent auprès du corps médical sur les différentes missions qu'englobent cette nouvelle pratique afin d'expliquer et de rassurer. Pour aider à ce travail d'informations et d'acceptation, les infirmiers peuvent utiliser des méthodes issues de théories du changement. En effet, le changement de paradigme en soins primaires, avec l'interprofessionnalité et la délégation de tâches, génèrent des incertitudes et des réticences.

On observe d'ailleurs que l'exercice en interprofessionnalité facilite l'implantation de l'IPA. Il est nécessaire d'établir un cadre pour optimiser la collaboration entre l'IPA et le médecin généraliste. Le protocole d'organisation obligatoire juridiquement permet de poser les rôles de chacun ainsi que les dispositions de collaboration afin que le co-suivi soit bénéfique pour le patient et les professionnels de santé. Les bénéfices de cette nouvelle profession sont multiples. Pour les médecins, il permet de dégager du temps médical, d'avoir des informations sur l'environnement, les conditions de vie des patients. La pratique holistique de l'infirmier, renforcée d'un raisonnement clinique de haut niveau, permet une connaissance globale du patient complémentaire de l'expertise médico-centrée du généraliste. Pour le patient dépendant, les visites à domicile sont réalisées par l'IPA. Les temps de consultations plus longs de l'IPA ainsi que son approche spécifique à la pratique infirmière permet une libération de la parole du patient et semble être ainsi le témoin d'une bonne acceptation de ce suivi.

La jeunesse de Cette profession ne permet pas encore d'avoir des évaluations quantitatives et qualitatives précises. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le constat de la plus-value de la pratique avancée infirmière est mise en avant. Toutefois, elle rencontre des freins malgré une plus grande ancienneté. En France, les principales difficultés à l'implantation en exercice libéral sont le non accès direct à l'IPA et les rémunérations forfaitaires qui ne

permettent pas une activité exclusive. Il est donc nécessaire d'entamer un travail qui permettraient de lever les obstacles à l'implantation des infirmiers libéraux en exercice libéral.

BIBLIOGRAPHIE

Aghnatos M., Darloy T., Dictor J., Gasparovicova M., Drouot C., Gasperini F., Bouchez T., S.F.S.P. (2021), *Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif*, « Santé Publique », Vol. 33, pages 547 à 558

Agrinier A. et Rat A-C. (2010), *Quelles définitions pour la maladie chronique ?*, Actualité et dossier en santé publique (ADSP), n°72, septembre 2010.

En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad721214.pdf>

Aguilard S., Colson S., Inthavong K., S.F.S.P. (2017), *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature*, « Santé Publique », Vol. 29, pages 241 à 254

Alphonse-Tilloy I., Devienne E. (2020), *Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction*, Management Prospective Ed., « Management & Avenir Santé », n°6, pages 15 à 38

Bardin, L. (1983). *L'analyse de contenu*. Paris, France : Presses Universitaires de France 17
L'Ecuyer, R. (1987). *L'analyse de contenu : notion et étapes*. Dans Deslauriers (dir.) *les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery, Canada : Presses de l'université du Québec

Benoit M., Pilon R., Lavoie A-M., Pariseau-Legault P., S.F.S.P. (2017), *Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ? La collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario*, « Santé Publique », Vol. 29, pages 693 à 706

Berland Y. (2003), *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Collège Français d'Échographie Fœtale (CFEF).

En ligne : https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf

Berland Y. *et al.* (2002), *Rapport n°2002135 de la mission « Démographie des professions de santé »*

Berland Y. *et al.* (2003), *Rapport d'étape de la mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*.

En ligne : https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf

Bohic N., Josselin A., Sandeau-Gruber A-C., Siahmed H. (2021), *Trajectoires pour de nombreux partages de compétences entre professionnels de santé*, Rapport IGAS n°2021-051R.

En ligne : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf

Bouet P. (2021), *Atlas de la démographie médicale en France*, Conseil national de l'ordre des médecins. En ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

Bras P-L. (2016), *Les français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?*, Presses de Sciences Po, « Les Tribunes de la santé », n°50, pages 67 à 91

Bras, P. (2016). Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?. *Les Tribunes de la santé*, 50, 67-91. <https://doi.org/10.3917/seve.050.0067>

Braun V. & Clarke V. (2006), *Using thematic analysis in psychology*, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. En ligne : <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Busnel C., Ludwig C., Goret Da Rocha Rodrigues M. (2020), *La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers*, Association de recherche en soins infirmiers (ASRI), « Recherche en soins infirmiers », n°140, pages 7 à 16

De Rosis C., Teixeira M., Jovic L., S.F.S.P. (2021), *Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une co-construction à l'œuvre en milieu de soins*, « Santé Publique », Vol. 33, pages 89 à 100

Delamaire M. et Lafortune G. (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n°54, Éditions OCDE, Paris. En ligne : <https://doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

État des lieux – Haut Conseil de la santé publique. En ligne : <https://www.hcsp.fr> > Explorer.cgi
> Télécharger

Grémy I., Doussin A. (2013), *Surveillance des maladies chroniques en France : la contribution des bases de données médico-administratives*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Hors-série, p. 9-14

L'Écuyer R. (1990), *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*, Presses de l'Université de Québec

Lebeau J-P. (dir.) et al. (2021), *Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*, Saint-Cloud : Global Média Santé

Lecocq D., Mengal Y., Pirson M., S.F.S.P. (2015), *Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?*, « Santé Publique », pages 105 à 110

Mainaud T. et Rioux L. (coord.) et al. (2019), *France, portrait social – Edition 2019*, INSEE.
En ligne :

[https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#:~:text=En%20France%20m%C3%A9ropolitaine%2C%20elle%20s,en%202017%20\(figure%201\).&text=Entre%202016%20et%202017%2C%20elle,1%20an%20pour%20les%20hommes](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#:~:text=En%20France%20m%C3%A9ropolitaine%2C%20elle%20s,en%202017%20(figure%201).&text=Entre%202016%20et%202017%2C%20elle,1%20an%20pour%20les%20hommes)

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

Pullon S., McKinlay E., Dew K. (2009), *Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork*, 59 (560), 191-7

Ramsay K. (2020), *Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?*, Global Média Santé, « Les Tribunes de la santé », n°63, pages 57 à 64

Schwingrouber J., Loschi A., Gentile S., Colson S. (2021), *Etude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), « Recherche en soins infirmiers », n°145, pages 104 à 121

Signoret J. (2012), *Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010*,

Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest, Université de Versailles, 96 p.

Simon T., Margat A., Debout C., Mercier A., Chevallier F., Libbey J. (2020), *Le nouveau diplôme d'Etat infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale : Proposition pédagogique du partenariat de l'Université Sorbonne Paris Nord et de l'Institut de formation interhospitalier*, « L'information psychiatrique », Volume 96, pages 545 à 552

Institutions :

Agence du numérique en santé (ANS), « Annuaire Santé ».

En ligne : <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro>

ARS (2021), *Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins*. En ligne : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>

ARS Hauts-de-France, *Aides à l'installation des médecins généralistes – Les zones d'actions complémentaires*. En ligne: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes>

Assurance maladie (2021), *Effectif de patients par pathologie et par classe d'âge selon le sexe en 2019*. En ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-effectif-patients-par-pathologie-age-sexe-2019>

Assurance maladie, *RÉZONE : Cartographie aidant à l'élaboration d'un projet CPTS*. En ligne : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html?reg=32>

Ministère des solidarités et de la santé (2017), *Renforcer l'accès territorial aux soins (dossier de presse)*.

En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf

Législation :

Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF n°0164, texten°18.

En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115/>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022, texte n°1. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

Ministère de la santé (1992), *Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier*, abrogé par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF n°0072 du 25 mars 1992.

En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000158224/2022-05-22/>

Ministère de la santé et des sports (2009), *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier*, JORF n°0181 du 7 août 2009.

En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/2022-05-22/>

Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'action et des comptes publics (2017), *Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique*, JORF n°0266 du 15 novembre 2017.

En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036021089/>

GLOSSAIRE

ALD : Affection de longue durée

ASALÉE : Association action de santé libérale en équipe

BDMA : Bases de données médico-administratives

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CPTS : Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé

ESP : Equipe de soins primaires

ETP : Education thérapeutique du patient

HDF : Hauts-de-France

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmier en pratique avancée

IPAL : Infirmier en pratique avancé libéral

MG : Médecin généraliste

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

OCDE : Organisation de coopération et de développement

PEPPA : Participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing role development

PCS : Pathologies chroniques stabilisées

ZAC : Zones d'action complémentaire

ZAR : Zone d'accompagnement régional

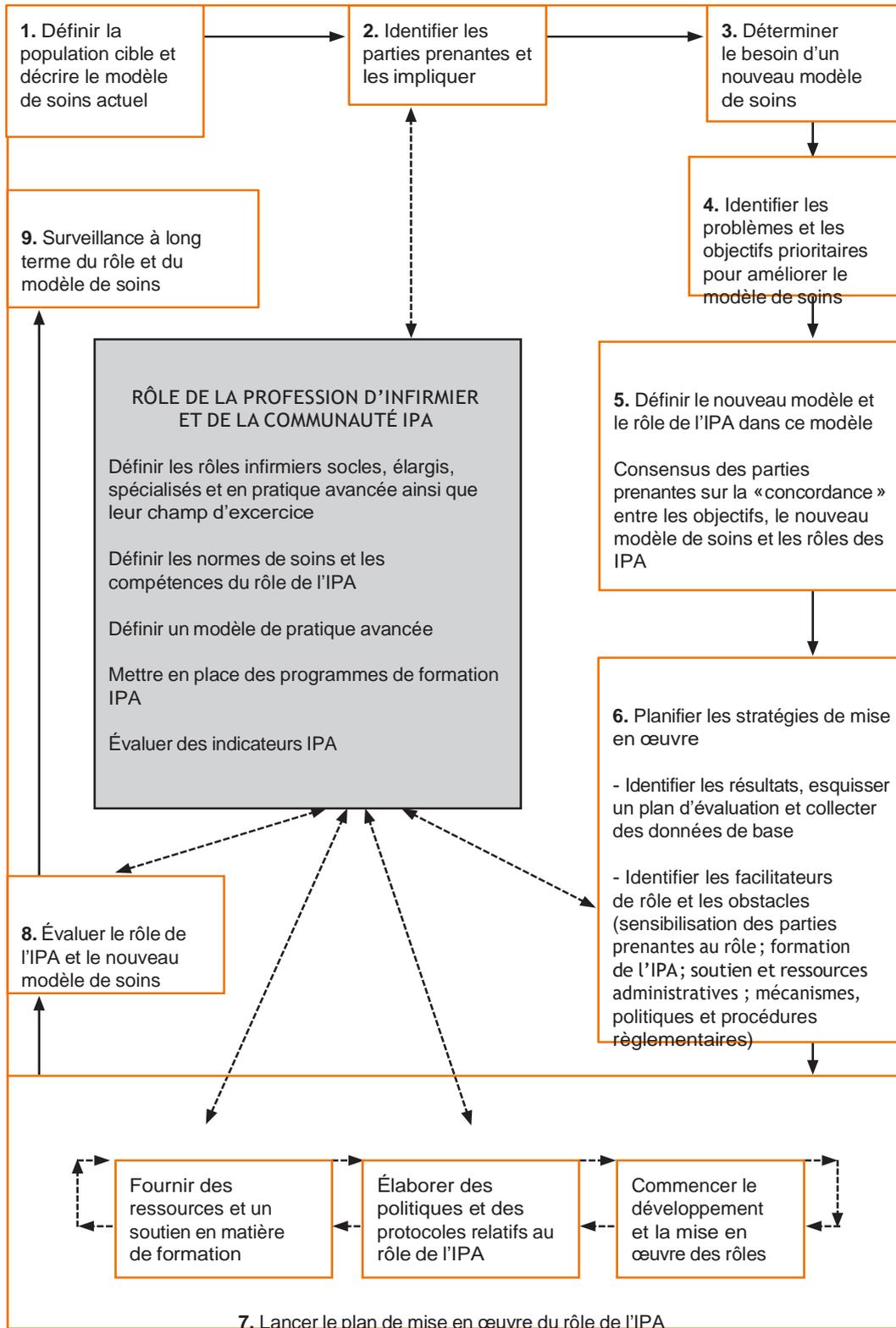
ZIP : Zone d'intervention prioritaire

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

- Pouvez-vous me raconter comment vous faites pour adresser vos patients atteints de pathologies chroniques à une IPA libérale ?
- Pouvez-vous préciser les raisons qui vous font adresser tels patients comme les diabétiques, les insuffisants cardiaques...vers une IPA libérale ?
- Pour vous, qu'est-ce que cela amène de travailler en collaboration avec une IPA libérale ?
- A votre avis, qu'est-ce que cela amène aux patients ?

Annexe 2 : Schéma du cadre PEPPA



Bryant-Lukosius et DiCenso

ABSTRACT

AUTHOR : PROVOST-SPINA Laurence

Defense date : July 1st, 2022

Dissertation title : *The establishment of the liberal nurse in advanced practice*

Keywords: advanced practice nurse, liberal sector, establishment, little-known profession, organizational protocol, added value.

Abstract :

Created in 2018, the profession of advanced practice nurse encounters development difficulties, particularly in liberal practice. This qualitative study conducted with general practitioners referring patients to APNs aims to suggest ways to promote implantation. A lack of knowledge of advanced practice generates reluctance towards this profession. It therefore seems necessary for APNs to take the initiative to canvass doctors in order to present the missions and federate. “This canvassing” will be more productive with doctors already experienced in interprofessionalism. In addition, medical referral to the IPA, which is compulsory, requires clinical reasoning on the part of the general practitioner. The upstream implementation between the general practitioner and the IPAL of an organizational protocol can promote the use of joint monitoring. Overall, the feedback from doctors is positive: medical time freed up, complementarity in the context of complex care, freedom of the patient's speech... as well as good acceptance and feedback from patients. An added value of advanced practice is therefore expressed. However, the recency of this status does not allow for an in-depth qualitative and quantitative assessment. An objectified inventory would be necessary in order to highlight the obstacles to implementation and thus propose levers.

Memory director : Mister the professor François PUISIEUX

RÉSUMÉ

AUTEURE : PROVOST-SPINA Laurence

Date de soutenance : 1^{er} juillet 2022

Titre de mémoire : *L'implantation de l'infirmier libéral en pratique avancée*

Mots clés libres : infirmier en pratique avancée, secteur libéral, implantation, profession méconnue, protocole d'organisation, plus-value.

Résumé :

Créée en 2018 la profession d'infirmier en pratique avancée rencontre des difficultés de développement notamment en exercice libérale. Cette étude qualitative menée auprès de médecins généralistes adressant des patients à des IPA a comme objectif de proposer des pistes afin de favoriser l'implantation. Une méconnaissance de la pratique avancée engendre des réticences vis-à-vis de ce métier. Il paraît donc nécessaire que les IPA prennent l'initiative de démarcher les médecins afin de présenter les missions et de fédérer. «Ce démarchage» sera plus productif auprès de médecins déjà aguerris à l'interprofessionnalité. De plus l'adressage médical vers l'IPA, obligatoire, nécessite un raisonnement clinique de la part du généraliste. La mise en place en amont entre le médecin généraliste et l'IPAL d'un protocole d'organisation peut favoriser le recours au co-suivi. Globalement les retours d'expériences des médecins sont positifs : temps médical libéré, complémentarité dans le cadre de prise en soins complexe, libération de la parole du patient...ainsi qu'une bonne acceptation et retours de la part des patients. Une plus-value de la pratique avancée est donc exprimée. Toutefois la récence de ce statut ne permet pas d'avoir une évaluation qualitative et quantitative approfondie. Un état des lieux objectivé serait nécessaire afin de mettre en évidence les freins à l'implantation et ainsi proposer des leviers.

Directeur de mémoire : Monsieur le professeur François PUISIEUX