



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCEE

MENTION: Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies
courantes en soins primaires

L'implantation des Infirmières en pratique avancée

libérales

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 16h 50 à Lille
(département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Elodie Richard épouse Corpel

Membres du JURY

Président du jury: Paul Chauvet

Directrice de mémoire: Pauline Justin

Enseignante Infirmière: Gwladys Acoulon

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

Remerciements

A Madame Pauline Justin, Directrice de mémoire qui m'a permis de réaliser ce travail et pour sa bienveillance,

A Madame Godeffroy Marie-Eve, pour son investissement tout au long de cette année et pour son soutien dans les moments de doutes,

A Florent, mon mari qui m'a encouragée, supportée tout au long de ces deux années et qui a cru en moi bien plus que moi...

A Mirella et Stanislas, mes enfants qui m'ont encouragée et soutenue,

A Olivier mon beau-frère pour son aide précieuse en cette fin d'année,

A ma mère, qui m'a soutenue tout au long de ces deux années,

Aux filles ! Aline, Chloé, Lucie et Sophie pour tous ces beaux moments studieux, de solidarité et surtout pour tous ces bons moments passés ensemble,

A mes collègues, Elisa, Hélène et Jamal,

Une pensée pour mon Père et ma Grand-Mère qui je pense seraient fiers de mon parcours,

A la promo 2022/2024, qui n'a pas démerité !

Et un grand merci à toutes les IPAL que j'ai rencontré dans le cadre de ce travail, pour ces beaux moments de partage et la richesse de nos échanges.

“Fortunately, every success is the failure of something else”
“Fort heureusement, chaque réussite est l'échec d'autre chose”

Jacques Prévert.

“Continually trying we finally succeed. So, the more it fails, the more it may work”
“En essayant continuellement on finit par réussir. Donc plus ça rate, plus on a de chances que ça marche »

Les devises Shaddock.

Liste des abréviations

ADELI : Automatisation Des Listes
AMELI : Assurance Maladie en Ligne
ANFIPA : Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée
AM : Assistant Médical
APN : Advanced Practice Nurse
APRN : Advanced practice Nurse Prescriber
ARS : Agence Régionale de Santé
Asalee : Action de santé libérale en équipe
CII : Conseil International des Infirmiers
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la Recherche des Etudes, des Evaluations et des Statistiques
ETP : Education Thérapeutique Partagée
EPS : Etablissement Primaire de Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (Loi) : Loi «Hôpital, Patient, Santé et Territoire»
ICS : infirmière Clinicienne spécialisée
IDE : Infirmier(e) Diplômé d'Etat
IDEL : Infirmier(e) Diplômé d'Etat Libéral(e)
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée.
IPAL : Infirmier(e) en Pratique Avancée libéral(e)
IP : Infirmière Praticienne
IPS : Infirmière en Pratique Spécialisée
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MG : Médecin Généraliste
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
NP : Nurse Practitioner
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SIDIEF : Secrétariat International Des Infirmières et des infirmiers de l'Espace Francophone
UNAPL : Union Nationale des Professions Libérales.
ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

SOMMAIRE

Préambule	1
I. Introduction	2
II. Question de recherche.....	22
III. Méthode	24
IV. Résultat	25
V. Discussion.....	35
Conclusion	50
Références bibliographiques	51
Table des figures.....	58
Table des matières	59
Annexes	61

Précision

Par soucis de lisibilité et parce que la profession infirmière est historiquement et majoritairement féminine, nous emploierons le féminin dans cette étude.

Préambule

La pratique avancée en France est issue de l'expérience des infirmières praticiennes américaines et canadiennes. Sa création en France est l'une des réponses proposées par le gouvernement pour palier à une demande de soins grandissante et d'une diminution de l'offre médicale. Plusieurs phénomènes rentrent en ligne de compte, d'une part la population vieillit entraînant de facto une augmentation des prises en soins liées aux polyopathologies et à leur chronicisation. D'autre part, les médecins ne peuvent faire face à cette augmentation toujours croissante de soins. La population des médecins vieillit également et la relève des jeunes médecins ne suffira pas à combler le déficit médical avant de nombreuses années.

La pratique avancée était attendue par les infirmières en France. Jusqu'à lors, leurs seules perspectives d'évolution étaient une hyperspécialisation (IBOD, IAD...) ou des fonctions plus administratives comme celle de cadre infirmier qui ne séduisaient pas forcément. Les infirmières ont vu dans la pratique avancée la possibilité d'une reconnaissance de tâches qu'elles effectuaient auparavant, dépassant souvent le cadre de leurs compétences. Une évolution intermédiaire entre le médecin et l'infirmière était désormais envisageable. Mais surtout, en permettant de gagner en autonomie la pratique avancée permettait une réponse concrète aux difficultés qu'elles rencontraient quotidiennement, ce que nous nommons souvent «la réalité du terrain».

Infirmière libérale depuis une vingtaine d'année, je fais partie de ces infirmières qui sont confrontées régulièrement aux conséquences de la pénurie de médecin. Dans le secteur dans lequel j'exerce, comme beaucoup d'autres ailleurs, plusieurs médecins ont pris leur retraite ou sont décédés. L'attractivité pour la région est faible, on nous dit être dans la diagonale du vide... Peu de jeunes médecins sont venus s'installer. Parmi les patients que je suivais quotidiennement plusieurs n'avaient plus de médecin traitant. Nous sollicitons d'autres médecins généralistes pour renouveler des prescriptions de patients qu'ils ne connaissaient pas et ne verraient pas. Quand ce diplôme est apparu j'y ai, vu moi aussi, l'opportunité d'apporter mon aide.

Mon premier projet en EPS ne verra pas le jour, le médecin qui en était l'initiateur a jeté l'éponge pour raison de santé, trop de stress.... Il m'a fallu repenser mon projet. Je pensais recevoir un accueil favorable de la part de médecins que je voyais débordés...L'accueil a été plutôt glacial «*Ah vous voulez jouer au petit médecin !*», au mieux «*la pratique...quoi ? non, ça m'intéresse pas*». Lors d'une rencontre IPAL organisée par la région, j'ai été surprise de voir avec quelles difficultés les IPAL parvenaient à s'implanter auprès des médecins généralistes. Leur activité libérale n'était pas viable et la recherche de collaboration difficile. Certaines avaient déjà renoncé au libéral voir même renoncé à la pratique avancée. La déception était d'autant plus grande que pour obtenir le Graal, cela leur avait demandé un investissement personnel et financier important.

Avant de commencer ce travail de recherche, j'avais de nombreuses questions auxquelles je souhaitais trouver réponse : Quelles étaient les attentes et les représentations de la part des médecins par rapport à cette nouvelle profession ? La pratique avancée devait-elle faire ses preuves ? Comment motiver les médecins à collaborer avec une IPA ?

La littérature scientifique m'a apportée des éléments de réponses concernant les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de la pratique avancée.

Finalement, ma question principale était question : Comment favoriser l'implantation d'une infirmière de pratique avancée en exercice libéral au près des médecins généralistes ?

Il me semblait que c'est auprès de celles qui étaient sur le terrain que je devais chercher mes réponses.

I. Introduction

A. Etat des lieux de la profession à l'étranger

1. Pourquoi cette profession, des attentes, une réponse à des besoins identifiés

En 2005, le rapport de l'OMS (2005) «*Prévention des maladies chroniques : un investissement vital, un nouvel objectif mondial*» a objectivé que diminuer de 2 % la part des maladies chroniques dans le monde permettrait de sauver la vie de 36 millions de personnes. Les maladies chroniques sont des affections de longues durées, résultats de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et physiologiques. Un plan d'action 2013/2020 sera alors mis en œuvre afin de diminuer la mortalité et la morbidité dues aux maladies chroniques. (Organization, 2005)

Face à ce phénomène mondial, les professionnels de santé ont réinventé leur relation de travail dans le but d'être plus efficace et d'offrir une meilleure offre de soins. C'est par la collaboration, la délégation de tâches et l'acquisition de compétences que les infirmières ont évolué. La pratique avancée a donc été une réponse à ces besoins identifiés dans un contexte mondial. L'OCDE a réalisé en 2010 un état des lieux des différentes pratiques avancées dans 12 pays membres. Ce travail de recensement a permis de faire un état des lieux des différentes pratiques et des formations des professionnels. Il visait à améliorer les conditions d'exercice des professionnels en exercice et à favoriser le développement de la pratique avancée dans d'autres pays (SIDIEF, 2018)

Malgré l'absence d'uniformisation liée à la pluralité des différents systèmes de santé dans les pays étrangers, de nombreux pays ont entrepris des réformes pour favoriser le transfert de tâches médicales vers les infirmières. (Irdes, 2011). Ils créaient ainsi de nouveaux rôles dans le domaine des soins primaires ou soins premiers selon l'évolution sémantique actuelle. (Safon, 2023). Tous ont été confrontés aux mêmes problématiques : le vieillissement de leur population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la polymorbidité auxquelles sont venus se surajouter le déclin de la densité médicale, des accès aux soins inégaux et un budget de la santé qui s'accroissait corrélativement. (Safon, 2023)

Ces problématiques communes ont fait évoluer ces pays vers la pratique avancée infirmière. «*Si le champ lexical était varié : infirmière de pratique avancée, infirmière clinicienne, infirmière praticienne, infirmière spécialiste, assistante médicale (...)leur déploiement avait bien des objectifs communs.*». (Safon, 2023)

A l'origine, le concept de pratique avancée a vu le jour aux Etats-Unis en 1940. En 1954, Hildegard Peplau a créé le premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques à l'université Rutgers dans le New-Jersey. A partir des années 1960 ce développement s'est accéléré pour les infirmières qui ont pu alors prendre en charge des pathologies courantes comme des infections bénignes et s'occuper également de la santé des enfants. (pediatric nurse practionner) (Jarrot-Barrere, 2018). Les pathologies complexes restaient réservées aux médecins. Afin de répondre à des problématiques économiques (augmentation des coûts liés au système de santé), humaines et sociales, le rôle d'infirmière de pratique spécialisée (IPS) a été développé et installé. En 1985, naîtra l'Académie américaine des infirmières praticiennes (IP). (SIDIEF, 2018). Dès lors, les infirmières de pratiques avancées (IPA) vont acquérir de plus en plus d'autonomie. (Jarrot-Barrere, 2018). Initialement orienté vers les soins pour des populations défavorisées ou ayant un accès aux soins difficiles, leur champ de compétences va se développer et s'intégrer petit à petit dans un cursus universitaire. La pratique avancée sera alors associée au besoin d'une spécialisation des pratiques infirmières. Cela donnera naissance

notamment aux spécialités d'infirmières anesthésistes et d'infirmières sage -femme. (*Jarrot-Barrere, 2018*)

Aujourd'hui cette formation a s'est inscrite dans un cursus Bachelor, Master, Doctorat. La pratique avancée se divise en deux catégories les NP : Nurse Practitioner et les APRN : Advanced registred nurse prescriber. (*Le Cann, 2021*) Les NP ont une activité plus centrée sur le bilan initial, le diagnostic et le traitement alors que les APRN exercent dans le domaine de la prévention, la gestion et la promotion des soins. Les cabinets en soins primaires emploient 40 % des NP. (*Le Cann, 2021*)

Dès 1960, les infirmières canadiennes ont réalisé des soins dit de bases dans des régions isolées et souvent rurales où elles étaient souvent le seul recours. Dans ce contexte, le Canada, inspiré par ces nouvelles pratiques voisines a défini les ICS : Infirmières cliniciennes spécialisée et les IPA : infirmières praticiennes avancées. Le rôle des IPA est très proche de celui des APRN avec des variations entre les provinces concernant leurs champs de compétences et leur domaine d'activité. A la différence des Etats-Unis, il n'y a pas d'uniformité de formation dans le pays. Les 26 organismes de formation du Canada complexifiaient la reconnaissance des compétences IPA. Le contrôle de la CANADIAN Nurses Association a permis de leur donner une dénomination commune.

De nombreux pays se sont inspirer de ces modèles pour développer leur modèle de pratique avancée, à titre d'exemples :

- L'Australie : les premières IPA ont exercé en 2000. Aujourd'hui on distingue 2 catégories de professionnelles : les infirmières cliniciennes consultantes qui sont spécialisées dans le diagnostic et qui peuvent prescrire sous supervision médicale des traitements et les infirmières praticiennes qui ont des compétences plus étendues, une plus grande autonomie. Elles prescrivent des traitements, des examens sans supervision médicale et peuvent adresser directement vers un médecin spécialiste. (*Schadewaldt et al.,2016*)

- Le royaume -Uni : le statut d'infirmière en pratique avancée est né en 1983. Mais la collaboration entre médecins généralistes et infirmières s'est réellement développée dans les années 1990 après une réforme du système de santé prévoyant la délégation d'actions de prévention (dépistage de cancers, campagnes de vaccinations ou des examens dit de *routine*).

- L'Allemagne : Même s'il y a peu de place pour le libéral, nous y retrouvons des infirmières spécialisées dans les soins à domicile (principalement dans la prise en soin des patients en perte d'autonomie) (*Martin A ,2022*)

- La Belgique : Où la pratique avancée a été définie en 2019 par la Ministre de la santé comme un praticien qui continuera à : *«exercer l'art infirmier comme les autres infirmiers mais qui se verra, en plus, autorisé à avoir d'autres activités dans le cadre de soins infirmiers complexes, notamment des activités réservées jusqu'à présent aux médecins dans le but de maintenir améliorer et rétablir l'état de santé»* (*Oberweiset al.,2020*)

- En Espagne : Pour martin (2020) , il s'agit d' *«un modèle aux caractéristiques d'exemplarité exceptionnelles»* (*Martin,2020*) Des stations de santé y ont été créées avec une volonté d'accès universel aux soins et de développement des soins primaires. Des équipes pluridisciplinaires ont été créées et les infirmières ont pu y acquérir de nouvelles compétences et responsabilités. (*Martin A, 2022*)

Au final, la pratique avancée s'est développée dans une soixantaine de pays à travers le monde avec une problématique commune *«Dans ces différents pays, la pratique avancée s'est développée dans un contexte de pénurie de médecin»* Elles ont permis l'accès aux soins dans des zones rurales, reculées. (*Martin A, 2022*) Les formations ont également beaucoup varié entre les pays mais *«Chaque pays a défini et implanté un ou des rôles de pratique avancée infirmier en fonction de ses besoins.»* Deux profils d' infirmières en pratique avancée se sont

finalement distingués : les ICS (Infirmières Clinique Spécialisées) et les IP (Infirmières Praticiennes) (Oecd, 2010)

2. Vers une définition commune de la pratique avancée

En s'appuyant sur les définitions de la pratique avancée propres aux différents pays et même si les états en ont priorisé certains aspects, certaines compétences, le SIDIEF (Secrétariat international des infirmières et infirmiers francophones) a établi une définition générale :

«La pratique infirmière avancée désigne une pratique clinique centrée sur la personne, sa famille et sa communauté basée sur des preuves scientifiques; un savoir infirmier approfondi et un jugement clinique expert développés au cours d'études de 2e cycle universitaire; des compétences en leadership pour conduire des améliorations de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins; une pratique aussi basée sur des compétences avérées : en collaboration et partenariat intra- et interprofessionnels, en recherche, en consultation-coaching et en réflexion éthique. Cette pratique fait l'objet d'une reconnaissance spécifique selon le pays dans lequel elle s'implante et évolue.» (SIDIEF, 2018)

En 2008, le Conseil International des Infirmiers a proposé une définition qui sera majoritairement reprise : *«l'infirmier-ère diplômée qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisée à exercer» (Sante.gouv,2005)*

En France, le concept de pratique avancée s'est réellement structuré à partir des années 2000 *«au gré des révisions du système de santé» (Perez, Devos et al. p.89)*

Christophe Debout, Infirmier, philosophe et chercheur à l'INSERM offre une définition complémentaire de la pratique avancée : *«la pratique avancée s'entend plutôt comme un regard infirmier expert posé sur la complexité des situations de soins des patients : Il s'agit de comprendre le problème de santé du patient et de se proposer des interventions de soins pertinentes et efficaces. Cette complexité à des déterminants multiples : physiques, techniques, mais aussi humains et sociaux» (Warnet, 2011)*

3. Le modèle Hamric comme référence

Malgré cette absence d'uniformisation liée aux différents systèmes de santé, ce lexique varié et une reconnaissance variable selon les pays, la pratique avancée s'est toujours inscrite dans un cursus universitaire. Pour Hamric (2013) trois *«critères primaires»* sont nécessaires à la définition de la pratique avancée : (SIDIEF, 2018) La formation aux études universitaires, la reconnaissance du statut et la pratique centrée sur la personne, la famille et les proches. (Hamric et al, 2013, p.752) Ann Hamric, professeure à la Virginia Commonwealth University's School of Nursing (USA) a contribué de manière significative à l'évolution de la pratique avancée dans de nombreux pays. Sa définition de la pratique avancée est une référence. Ann Hamric a défini la pratique avancée infirmière comme *«l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi de compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers «. (Hamric, Hanson et al.,2013)* Bien plus qu'une définition, Ann Hamric a établi les bases de la pratique avancée en déterminant sept compétences centrales qui délimiteront le champ de compétence de l'IPA. (Jarrot-Barrere, 2018)

-la pratique clinique : pour Ann Hamric, il s'agit d'une compétence centrale qui se distingue par *«un haut degré d'autonomie»* et qui est indispensable pour la gestion des situations

complexes et l'identification des risques. C'est la compétence sine qua non sur laquelle se fonde la confiance du patient. (Hamric et al.,2013)

- La guidance et le coaching : autrement dit l'expertise et le conseil auprès du patient et des équipes avec laquelle collabore l'IPA.

- La recherche : L'IPA identifie des problèmes cliniques et peut s'inscrire ou coordonner dans des recherches en sciences infirmières afin d'améliorer la qualité des soins. Elle peut alors publier les résultats de ses recherches et favoriser l'application concrète sur le terrain d'«interventions fondées sur des données probantes (evidence-based nursing-EBN)» (Espace infirmier, 2018)

- La collaboration avec les médecins et les équipes soignantes. (Conseil international des infirmières, 2012)

- L'éthique est également l'un des piliers fondamentaux de la profession infirmière. «Le rôle de l'IPA est de promouvoir l'analyse critique et la réflexion éthique pour qu'elles soient de plus en plus présentes dans la prise en soins des situations complexes par l'ensemble des acteurs de santé». (Hamric, Hanson et al.,2013)

- L'expertise : l'IPA écoute et accompagne le patient dans ses choix et s'assure du respect de ses décisions.

- Le leadership : Grâce à son savoir, savoir-faire, savoir-être et savoir-agir, l'IPA devient une référente clinique qui «identifie les opportunités d'amélioration, initie et accompagne le changement des pratiques professionnelles, en étroite collaboration avec ses pairs et l'équipe managériale». (Conseil international des infirmières, 2012)

B. Création de la profession en France

1. Un contexte

✓ Vieillesse de la population

- Depuis 2011, le vieillissement de la population s'est accéléré en France comme dans la plupart des pays industrialisés. Les personnes âgées représentent plus de 20 % de la population française. La génération des babyboomers a vieilli et la durée de vie s'allonge. Le 16 janvier 2024, l'INSEE publiait un rapport qui montrait que pour la première fois l'espérance de vie des hommes atteignait 80 ans, resserrant l'écart avec les femmes qui peuvent espérer atteindre l'âge de 85.7 ans. (Insee,2016)

Les prévisions de l'INSEE estiment que la France comptera 76.4 millions d'habitants d'ici 2070. Cette augmentation de la population devrait être encore plus forte pour les personnes de plus de 65 ans jusqu'en 2040 avec une augmentation encore plus sensible des personnes de plus de 75 ans. (Insee, 2020)

Pour Berr et al.(2012), l'évolution de la pyramide des âges a pu surprendre «il n'a été clairement imaginé que la longévité des personnes âgées puisse augmenter suffisamment pour avoir un impact significatif sur le nombre des personnes âgées. Et pourtant c'est bien là la raison essentielle du bouleversement de la pyramide des âges que nous observons» (Berr et al. ,2012,)

Pour Dumont (2016), il est indispensable de dépasser une «vision statique du vieillissement démographique» ou de «gérontocroissance» (Dumont, 2016) car c'est le «critère biologique» qui devient le véritable enjeu dans le vieillissement de la population. Cela «trace la ligne entre deux vieillesse : la vieillesse autonome et la vieillesse dépendante» (Frinault,2005,p.72)

- Au-delà de l'enjeu démographique, le vieillissement de la population renvoie alors au défi du bien vieillir. Préserver l'état de santé des personnes, retarder l'apparition des fragilités et de la perte d'autonomie sont autant d'enjeux de santé publique et économique. La question du bien vieillir et de la qualité du vieillissement est prégnante. Le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie augmente, attestant d'une hausse de la part de personnes

dépendantes. (Armand-Branger et al.,2011,p.159-166) Les professionnelles de santé doivent alors se réorganiser dans ce sens et «axer leur travail sur le maintien de cette autonomie» (Cambois et al.2013)

✓ Prévalence des maladies chroniques et «chronicisation»

L'OMS a défini les maladies chroniques comme «des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et nécessitent un traitement et des soins à long terme» (OMS, 2023) Cette définition généraliste définit une approche par la maladie et non par la personne malade. Il s'agit de lutter contre les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les cancers et les principaux facteurs de risques que sont l'alimentation déséquilibrée, le tabac, l'alcool et la sédentarité. (OMS,2005)

Mais les nombreux facteurs qui entrent en ligne de compte complexifient la définition de la maladie chronique. Perrin et al (1993), trouvaient cette approche restrictive vis-à-vis de cette complexité de la prise en charge des maladies chroniques. Pour ces auteurs, une «approche générique» ne permettait pas de prendre en compte l'«expérience» de l'individu vivant avec une maladie chronique. (Perrin et al., 1993, p.787) S'inspirant de leurs travaux, le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007/2011 (Santé Gouv,2022) en a élargi la définition. Trois grands axes, répliquables à tout âge de la vie, sont alors nécessaires : «la présence à long terme de l'état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive», un début supérieur à 3 mois et «qui retentit de façon négative sur la vie quotidienne» et l'un des éléments suivants : «une limitation fonctionnelle des activités ou participation sociale, une dépendance à un médicament, un régime technologie médicale appareillage ou assistance personnelle et/ou la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux d'une aide psychologique, une adaptation ou une surveillance particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.» (Santé Gouv,2022)

En 2017, la DREES a également insisté sur l'importance de ne pas sous-estimer l'importance des autres facteurs qui entrent en ligne de compte et qui interagissent. Des facteurs positifs comme l'amélioration des techniques diagnostiques et des facteurs jugés plus négatifs comme le surdiagnostic, la persistance de plusieurs facteurs de risque comme la sédentarité, le surpoids, l'obésité, le tabagisme et la persistance des inégalités sociales. (Fourcade et al., 2017, p.436)

- En France, au même titre que ses voisins européens et des pays de l'OCDE, la prévalence des maladies chroniques connaît une augmentation importante avec aujourd'hui 22% de la population touchée et concernent 88% des décès. Au regard des définitions possibles les variations sont considérables et concerneraient de 8 à 28 millions de personnes. (Briançon et al., 2010) En parallèle, l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès de la médecine permettent aux patients atteints de maladie chroniques de vivre plus longtemps. Ce changement épidémiologique et la polymorbidité sont corrélés à l'augmentation des dépenses de santé. Pour Vernay et al. (2015), les maladies chroniques vont devenir un fardeau majeur «au regard des conséquences sur l'offre de soins, l'économie (...)et sur la qualité de vie des malades.» (Vernay et al.,2015)

Pour Debout et Doré (2015), le modèle français en pratique avancée s'inscrit dans ce contexte de chronicisation des pathologies. Cela nécessite le développement «de nouveaux modes d'exercices» entre les médecins, les professions paramédicales et les patients. (Debout, Doré, 2015)

✓ La problématique d'accès aux soins et la notion de désert médical

En France, au 1^{er} janvier 2018, 226 000 médecins étaient en exercice dont 45 % de médecins généralistes.(Safon,2023) La population médicale a vieilli et près d'un médecin sur deux est

âgé de 55 ans. (*Cour des comptes 2023*) Le nombre de médecins est pourtant en augmentation et devrait continuer à augmenter. (+2% en 2018 et 2017) Pour autant, les usagers rencontrent de réelles difficultés d'accès aux soins avec de véritables déserts médicaux qui renforcent les inégalités territoriales sur le territoire français. (*Cour des comptes 2023*)

Le rapport de la DREES a relativisé les données concernant l'effectif des médecins généralistes. Entre 2021 et 2026, le nombre de médecins généralistes devraient diminuer de 95400 à 92300. La DREES a calculé un ratio tenant compte des évolutions en besoin de santé et le nombre de médecin en activité appelée «*densité standardisée*». Cette densité standardisée pour les médecins généralistes ne devrait pas évoluer avant 2036 «*avec le maintien de fortes inégalités territoriales. Ces dernières se traduisent d'ores et déjà par le fait, souligné par la Cnam, que six millions de Français, dont 620 000 souffrant d'affections de longue durée, n'ont pas de médecin traitant.*» (*Cour des comptes, 2023*)

Un rapport d'information du Sénat résumait ainsi la situation :

Les chiffres accablants de la désertification médicale



Figure 1 Extrait du rapport d'information du Sénat n° 589, du 29 mars 2022, page 5, rapporteur M. Bruno Rojouan, sénateur, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ».

Fig. 1 : (<https://www.senat.fr>)

La problématique d'accès aux soins est donc un mécanisme complexe où interagissent de nombreux éléments. A ceux-ci se surajoutent l'évolution de la démographie avec une diminution du nombre de médecins généralistes au profit de médecins spécialistes, le vieillissement de la population des médecins, une diminution du temps médical disponible, de nombreux départs en retraite encore impacté par le numérus clausus, l'évolution des modes d'exercice (installation groupée), la perte d'attractivité de la médecine générale au dépend de la médecine spécialisée (*Colmas, 2019*), un changement de mentalité ou les jeunes médecins aspirent à plus d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. (*Castaigne, Lasnier, 2017*) et une féminisation de la profession qui tend également à modifier ses amplitudes de travail avec une évolution du temps travaillé et du temps consacré à la vie de famille. (*Dumontet, 2015*)

Les données chiffrées nous ont permis de réaliser l'impact que cela représente pour les populations :

- 64 % des Français renonceraient à se soigner à cause des délais de rendez-vous des praticiens. (Bohic et al.,2021)
- 10 % de la population n'a pas de médecin traitant, plus de la moitié en cherche un et une part non-négligeable est atteint d'affection longue durée. (Bohic et al.,2021)
- 3 médecins généralistes sur 4 (72 %) admettent ne pas pouvoir répondre à la totalité des demandes de consultations non programmées pour le jour même ou le lendemain.
- 55 % d'entre eux estiment pouvoir répondre à moins de la moitié de ces demandes. (Bohic et al., 2021)

Face à la gravité et la complexité de la situation, à un écart croissant entre la demande et l'offre de soins, des propositions concrètes et applicables rapidement ont été soumises au gouvernement en juin 2023 dans un rapport de l'académie nationale de médecine. Les thèmes de travail retenus étaient : *«redonner aux médecins du temps médical, promouvoir et faciliter l'exercice dans les zones sous-denses, (...) le numerus apertus et la formation, décentraliser les processus décisionnels en matière de soins, sensibiliser les populations au bon usage de la médecine»* (Queneau, Ourabah, 2023)

Plusieurs axes se sont dégagés afin de libérer du temps médical notamment la création de nouvelles organisations territoriales, développer la coopération interprofessionnel afin de *«constituer un levier pour freiner cette tendance structurelle»*. (drees.solidarites-sante.gouv.fr) Le CESE a préconisé de redéfinir *«les périmètres d'exercice des professionnel.le.s de santé en attribuant légalement à des professionnel.le.s paramédicaux.ales en «pratique avancée» (...) l'exercice de nouveaux métiers intermédiaires en santé»* (Castaigne, Lasnier, 2017) pour combattre ces déserts médicaux et aider les médecins.

L'expression de désert médical est apparue dans les années 1970 et s'est largement diffusée à partir des années 2000. A l'origine, l'expression a été employée lors de la fermeture des hôpitaux, de services hospitaliers, et le déficit d'offres de soins de spécialités. Aujourd'hui, elle porte particulièrement sur les soins de premiers recours et surtout à l'accès à un médecin généraliste. Le désert médical est une métaphore utilisée par les médias sans réelle définition mais dont l'image est suffisamment percutante pour illustrer la réalité des difficultés d'accès au soin sur un territoire. Dans le dossier de la DREES, Vergier (2020) s'est interrogé sur la pertinence de définir la notion de désert médical uniquement à travers la pénurie de médecin mais plutôt de considérer les difficultés dans leur ensemble et a évoqué *«le recours à différents services de santé qui peuvent ou auraient pu se substituer les uns aux autres»*.(Vergier, 2020) Quel que soit l'angle avec lequel nous abordons la notion de désert médical, la connotation reste très négative et inégalitaire avec *«des conséquences différentes (traitement des problèmes aigus et urgents, mauvais suivi, renoncement à donner suite à une orientation chez un spécialiste)»* et un impact conséquent pour les patients atteints de maladies chroniques. (Vergier, 2020)

2. Les soins primaires

Historiquement la notion de soins primaires est apparue dans la déclaration d'Alma-Alta en 1978 où l'OMS indiquait que le *«Primary Care»* était *«le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système nationale de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent»*. (World Health Organization), Le Dr Halfdan Mahler, directeur de l'OMS , déclarait en 1978 que *«les soins de santé primaire commencent avec les gens et leurs problèmes de santé»* (World Health Organization)

Dans les pays européens l'accès aux soins est construit sur le passage aux soins primaires en premier recours, le médecin généraliste donnant alors l'accès aux soins secondaires et tertiaires. Les réformes régulières des états ont eu pour objectif d'apporter une réponse aux priorités de santé définies par l'OMS. Ainsi, le suivi des patients a pour objectif de maintenir un état de santé qui leur soit satisfaisant et d'éviter les incapacités futures. (Martin, 2022)

Au final 3 types de modèles en soins primaires se sont organisés : Un «*modèle normatif hiérarchisé*» organisé autour des soins primaires et régulé par l'état comme en Espagne, Finlande et Suède. (Schlegel,2023) Un «*modèle professionnel hiérarchisé*» axé sur le médecin généraliste comme élément central comme au Royaume-Uni, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Australie et un «*modèle professionnel non-hiérarchisé*» initié par différents acteurs d'une organisation de soins primaires comme au Canada, Allemagne et France (Schlegel,2023)

Pour Martin A (2022), les soins primaires ont évolués selon deux logiques. La première est liée à la «*diversification des services fournis par le système de santé*» ((World Health Organization) avec une augmentation du temps consacrés à l'éducation et à la prévention. La seconde se perçoit dans la délégation d'actes médicaux vers les autres professionnels de santé dont la pratique avancée avec «*le transfert d'activités du médecin vers l'infirmier, de manière supervisée ou non*» (Martin, 2022)

En France, le consensus sur la définition des soins primaires est apparu dans la loi HPST de 2009 sous l'appellation de «*soins de premiers recours*» dans le cadre de l'«*Accès de tous à des soins de qualité*». (Legifrance,2009) Les ARS (Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009) ont été missionnées de la stratégie de développement et de l'organisation des soins de santé primaire, priorisant le volet ambulatoire dans un «*périmètre géographique de proximité.*» (Legifrance,2009) La part croissante des maladies chroniques a conduit à une évolution du système de santé au bénéfice des soins primaires. (Chabot, 2011)

La loi HPST viendra renforcer la différenciation entre les soins primaires et les soins secondaire afin de redonner sa place à une médecine délaissée et moins attrayante pour les médecins généralistes. L'instauration du médecin généraliste référent, 13 aout 2004, avait pour vocation d'améliorer le parcours de soins du patient et d'optimiser son accès aux autres secteurs.

Le code de santé publique en lien avec l'article 36 de la loi HPST (article L. 1411-11 [23]) a défini le champ des soins primaires :

- Prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients
- Dispensation et administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, conseil pharmaceutique
- Orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- Education pour la santé. (Legifrance,2009)

En 2016, l'article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé est venue compléter le code de la santé publique (article L. 1411-11-1 relatif à la création des équipes de soins primaires encourageant les regroupements de professionnels et plus particulièrement les MSP : «*une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 [23] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.*».(Legifrance,2016)

Ces «*réseaux de santé*» devaient aussi favoriser le développement de l'ETP (Education Thérapeutique du Patient) et de la coopération interprofessionnelle. (Gay, 2013)

Pour Olivier Véran, cette coopération entre les professionnels de santé était une réelle solution aux déserts médicaux mais nécessitait un changement de paradigme de la part des patients. «*expliquer aux usagers que les soins primaires ne sont l'apanage de la relation directe au médecin que d'un point de vue historique et sociologique et qu'il existe d'autres solutions aux*

déserts médicaux : la coopération entre professionnels, de nouveaux outils de communication et, inévitablement, l'éducation à la santé.» (Véran, 2013)

C. Le métier d'IPA en France

1. Un métier récent

Inspirée de l'expérience des pays étrangers, la pratique avancée est un métier récent en France. Afin de promouvoir des missions pluridisciplinaires dans des équipes de soins primaires, les politiques de santé se sont orientées soit vers une «substitution» où «un type de professionnel en remplace un autre pour la même tâche» soit vers une «supplémentation» à savoir (un type de professionnel ajoute une valence supplémentaire à un soin déjà prodigué par un autre professionnel)». La «substitution» permettait de créer des protocoles de soins «autorisant une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé.» (Assemblée nationale, 2017)

En 2018 suite à la loi de modernisation du système de santé le diplôme d'état d'Infirmier de pratiques avancées a été créé. La pratique avancée a eu pour but d'améliorer «l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées» (Schwingrouber, 2021)

L'origine du développement du rôle des infirmières de pratique avancée a donc eu deux objectifs clairement identifiés : dégager du temps médical et améliorer la qualité de prise en charge des patients. La pratique avancée apparaît comme une réponse au déclin de la densité médicale et aux inégalités d'accès aux soins. (Bohic et al, 2021) Elle s'inscrit également à un moment où les professionnels paramédicaux éprouvent un besoin de reconnaissance professionnelle et de l'évolution d'un rôle souvent au-delà du champ de leur compétence.

La proposition de loi portant sur l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé du 8 février 2023 s'est donnée pour objectif de «permettre la valorisation des compétences des auxiliaires médicaux», reconnaissant le manque d'opportunités d'évolution professionnelle pour les professions paramédicales et la moindre attractivité qui en découlait pour les jeunes générations. (www.senat.fr)

La profession d'IPA s'est inscrite dans «les stratégies nationales d'adaptation de l'offre de soins» (Warnet, 2011) permettant d'optimiser la prise en soins de personnes polypathologiques, souvent âgées et d'améliorer la coordination de la prise en soin. L'HAS et ONDPS font de «l'articulation des différentes interventions et compétences professionnelles autour du patient» (SIDIEF, 2018) un déterminant fondamental pour optimiser la qualité des soins.

2. Un processus long

Dans son rapport de 2002, le Pr Berland faisait un état des lieux alarmant de la démographie des professionnels de santé et de la diminution de la densité de médecins dans certaines régions. Il a proposé la création de nouveaux métiers de santé s'inspirant des pays étrangers et notamment concernant le partage de certaines tâches. (Berland, Gausseron, 2002)

En mars 2003, une Mission d'étude et de proposition a répertorié et analysé «les initiatives des autres pays pour en retirer des expérimentations à réaliser et en retirer des possibilités de mise en place» (Martin, 2022)

En octobre 2003, dans un Rapport d'étape la «délégation de tâches» par «des professionnels de pratique avancée dans les pays étrangers» a fait émerger l'idée «d'infirmiers cliniciens spécialisés» qui permettraient de libérer du temps médical tout en restant sous la responsabilité des médecins. (Le Cann, 2021)

En août 2004, la loi d'orientation de santé publique «100 objectifs de santé publique à atteindre» a prévu dans l'article L 131 d'expérimenter cette coopération entre professionnels de santé et d'en évaluer les résultats en 2006. (Martin, 2022)

Ainsi en Juin 2006, un nouveau rapport Berland a considéré possible la délégation de tâches vers les professionnels paramédicaux «*sans danger*» pour les patients. Une collaboration étroite avec les médecins seraient alors indispensable. (Berland, Bourgueil, 2006)

En juillet 2009 la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) dans son article 51 a préconisé et incité à cette collaboration, visant à une «*modification des définitions des structures et des acteurs du système de santé*» (Le Cann, 2021)

En janvier 2011, le travail de l'OCDE qui recensait les différentes pratiques avancées des infirmières dans une douzaine de pays membres, a été repris par le Pr Belan pour développer la Pratique avancée. Ce rapport a mis en évidence la rigidité de «*l'organisation des soins et des formations de santé.*» (Berland, Bourgueil, 2006) Le constat a alors été fait qu'un nombre d'études trop important (3 à 10 ans) séparaient les métiers d'infirmier et de médecin. S'appuyant sur le rapport de l'ONDPS et de la HAS, la notion de «*démarche métier*» apparaissait. Elle a valorisé l'acquisition de compétences «*en fonction des besoins de la population*» via un cursus universitaire. (Berland, Bourgueil, 2006)

En décembre 2012, le Pacte Territoire Santé a permis un meilleur accès aux soins par le transfert de compétences et notamment le déploiement des infirmières Asalee. (Kubiak, 2015)

En novembre 2015, le Pacte Territoire Santé 2 a renforcé l'activité Asalee et a favorisé également la coopération des professionnels de santé par la mise en place des ESP (Equipes de soins primaires) et la création des CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) (Le Cann, 2021)

En janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé par la mesure n°11 visait à «*élargir les compétences de certaines professions au service des grands priorités de santé publique*» et le terme d'infirmière en pratique avancée a été mentionné. (Martin, 2022)

C'est en juillet 2018, que le décret d'application a donné naissance au diplôme d'état de pratique avancée avec une première rentrée universitaire en septembre 2018 (Ma santé 2022) (Legifrance, 2022)

En janvier 2023, la loi RIST loi sur l'amélioration de l'accès aux soins, portée par la députée Stéphanie Rist a été déposée. (Legifrance, 2023) Cette loi a fait évoluer la place centrale du médecin dans le parcours de soins des patients, proposant l'accès direct aux autres professionnels de santé. Dans 6 départements l'accès direct des IPA exerçant en CPTS est actuellement expérimenté «*l'infirmier est un atout considérable dans un contexte de désertification médicale*» (Chamborédon, 2023)

3. Formation, champ de compétence et modes d'exercice de l'IPA.

La formation d'IPA est assurée par les universités depuis 2018. A ce jour 26 universités accréditées en France permettent d'acquérir le diplôme d'état de pratique avancée de grade Master. L'accès à la formation se fait par une sélection sur dossier. Elle est accessible en formation initiale ou continue mais nécessite un minimum de trois années d'expérience en tant qu'IDE. Le décret de compétences relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée en définit le champ de compétences le 18 juillet 2018. (Legifrance, 2018)

Le diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée est obtenu après deux années d'études supplémentaires à l'université permettant aux infirmières diplômées d'état d'obtenir un grade master. Plusieurs mentions sont accessibles en seconde année d'études. A l'origine, trois mentions sont venues répondre aux besoins que nous avons décrits précédemment : (Bohic et al, 2021)

- PCS : pathologies chroniques stabilisées et pathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hématologie
- Maladie rénale, insuffisance rénale, dialyse

Deux autres spécialités sont venues compléter ces mentions : Psychiatrie et santé mentale en 2019 puis en 2021 la mention Urgences.

L'IPA bénéficie de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmière. La caisse primaire d'assurances maladies les précise. (*www.ameli.fr*)

Les domaines d'intervention de la pratique avancée permettent de réaliser une évaluation et des conclusions cliniques, des missions d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, la réalisation d'actes techniques et de surveillance clinique et paraclinique. De plus, l'IPA peut prescrire de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements de prescriptions médicales et leur adaptation. (*Legifrance, 2022*)

Plusieurs modes d'exercice sont alors possibles pour l'IPA :

-En ambulatoire, l'IPA pourra exercer au sein d'une ESP, d'une MSP ou d'une CPTS sous la coordination d'un médecin. Son mode de rémunération sera alors salarié ou libéral.

-En établissement de santé, médico-social ou dans un hôpital des Armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin. (*Schwingrouber, 2021*)

Pour exercer auprès des médecins généralistes, la mention PCS est préconisée. Cette mention permet à l'IPA développer des compétences dans le cadre de sa mention : pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires.

Le médecin généraliste reste l'acteur principal de la pratique avancée dans les soins primaires. Son rôle central de coordination est central puisqu'en confiant à l'IPA une partie de sa patientèle il permet à l'IPA d'exercer son activité. L'accord préalable du patient est nécessaire.

et lorsque l'IPA aura atteint les limites de son champ de compétences (*Legifrance, 2022*), le médecin prendra le relais de la prise en soin du patient. (*Le Cann, 2021*)

Les infirmières en pratique avancée exercent dans le cadre d'un protocole d'organisation. Ce protocole d'organisation définit par la loi n°2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé permet de cadrer le périmètre d'intervention des IPA. Ils s'agit d'un accord signé entre les médecins et les IPA. (*Legifrance, 2022*)

L'avenant 7 à la convention nationale des IDE officialise dans la publication du JI officiel, le 3 janvier 2020 les conditions d'installation des IPAL auprès des médecins généralistes.

La loi Rist du 19 mai 2023 a augmenté le champ de compétence de l'IPA et lui a permis le primo-accès si celle-ci exerce dans une MSP. Le protocole d'obligation n'est alors plus obligatoire dans ce cadre. (*Legifrance, 2023*)

La formation d'IPA est récente et en évolution permanente, faisant l'objet de discussions passionnées voir agitées. Actuellement, l'une des grandes préoccupations des différents acteurs de la pratique avancée est l'accès à la primo accessibilité et à la primo prescription actuellement testé dans trois régions de France. «*Quels que soient les enjeux politiques et les évolutions de la profession, il s'agit d'une réelle évolution pour l'autonomie des infirmiers*» (*Martin, 2022*)

4. IPA, premiers chiffres officiels

Les données chiffrées sont encore peu nombreuses concernant la pratique avancée. Selon le rapport du sénat publié en 2022, 935 infirmiers de pratique avancée exerçaient en France en 2021.

Les données les plus récentes, concernant les effectifs des auxiliaires médicaux, recensaient en 2021 :

- 94170 infirmiers généraux en France métropolitaine

- 581 IPA

l'expérience auprès des patients, de leurs connaissances cliniques et pour une majeure partie d'entre eux de leur «maturité» (Camille, Lacquit, 2021). A noter que cette maturité s'est révélée être également un handicap pour reprendre une posture d'étudiant, très souvent associée à la difficulté de gérer sa vie de famille en parallèle. (Camille, Lacquit, 2021)

D'après Giraud et Moraldo (2024), le retour aux études répond «*toujours à une volonté de changement.*» (Giraud, Moraldo, 2024). Les IPA et les étudiants en pratique avancée interrogés «*font part d'insatisfactions liées à leurs conditions de travail en tant qu'IDE, qui vont de pair avec des attentes que l'obtention du statut d'IPA permettrait de combler en partie.*» (Giraud, Moraldo, 2024) Parmi les sujets de mécontentement, il a été retrouvé une charge de travail en évolution constante en lien avec un manque de personnel, des tâches de plus en plus importantes et un temps de réalisation restreints, un sentiment majeur de charge mentale viennent se surajouter une fatigue physique mais surtout psychologique et un sentiment de «*maltraitance institutionnelle et hiérarchique.*»¹ Ainsi, «*Nourrissant ces frustrations se trouvent des attentes liées aux représentations de ce qu'un nouveau diplôme permettrait d'obtenir : meilleur suivi des patients, autonomie, reconnaissance.*». Ce diplôme a permis également la reconnaissance de responsabilités déjà réelles. (Giraud, Moraldo, 2024)

Concernant le profil des IPA qui exercent en soins primaires, Vincent Schlegel pour les rapports de l'IRDES a également mené une enquête sociologique sur le territoire francilien en juillet 2023. Deux constantes se sont détachées :

- Les IPA ont souvent eu une expérience dans des services techniques nécessitant d'acquérir des compétences et des connaissances sur l'utilisation de dispositifs médicaux ou dans des services nécessitant une grande technicité (urgences, réanimation...) cette curiosité favorise «la recherche d'une mobilité professionnelle de manière à accroître toujours plus leur connaissance» (Schlegel,2023) et les rapproches des médecins. (Schlegel,2023)

- La recherche d'«*une mise à distance de l'hôpital*» a incité les infirmières à se tourner vers le libéral comme un choix par défaut. L'attrait pour le monde hospitalier «*lieu de savoir*» et de «*médecine de pointe*» est resté présent mais le manque d'autonomie, la «*prégnance de la hiérarchie*», le turnover des patients et la pénibilité des conditions de travail, accentué avec l'arrivée dans la parentalité, les a poussés à envisager différemment leur mode d'exercice La motivation liée à l'acquisition de compétence a été confirmée dans une étude de (Camille, Lacquit 2021)

Citons également, que les infirmières interrogées se sont référées à l'expérience des pays étrangers en matière de pratique avancée avec une certaine idéalisation des pratiques et du développement d'une «*thèse du retard français*». (Schlegel,2023)

6. La spécificité du libéral

✓ Les IDE en libéral

Les infirmières libérales sont présentes sur tout le territoire français à l'inverse des médecins généralistes dont la répartition est plus inégale. Ils représentent 17 % de la population infirmière française totale. (Infirmiers.com)

L'union nationale des professions libérales a proposé sa propre définition de la profession d'infirmière libérale : «*Le professionnel libéral apporte à des personnes physiques ou morales qui l'ont librement choisi, des services non commerciaux sous des formes juridiquement, économiquement et politiquement indépendantes garanties par une déontologie duale : respect du secret professionnel et compétence reconnue.*» (Unapl.fr)

L'exercice libéral, comme il est régi en France, reste un statut marginal par rapport aux autres pays de par le mode de rémunération. Les infirmières libérales sont directement rémunérées par les caisses d'assurance maladie, les mutuelles ou par les hôpitaux par le biais d'une convention.

(Legifrance,2016) Ces professionnelles exercent leur métier sous leur propre responsabilité et sont payés à l'acte.

Pour exercer en libéral, plusieurs démarches sont nécessaires afin d'obtenir l'autorisation d'exercer : l'enregistrement du diplôme à l'ARS, l'inscription à l'Ordre National des Infirmiers, l'enregistrement auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du secteur choisi , l'adhésion à un centre de gestion agréé pour la gestion du cabinet et enfin une déclaration au CFE (centre de formalité des entreprises) (Ameli.fr) L'infirmière libérale a les mêmes missions que les infirmières hospitalières. Ces activités sont régies par le même décret de compétence du code de la santé publique.(Legifrance, 2016)

Pour Camille et Lacquit (2021), le choix du libéral témoigne d'une «mise à distance de l'hôpital» de la part des infirmières qui se dirigent vers l'exercice libéral. (Camille et Lacquit, 2021) L'exercice à domicile est apparu comme une «alternative» dans les relations entre les infirmières et patients. La prise en charge des patients «s'humanise par la visite à domicile» (Douguet, Vilbord, 2018). Le chemin vers le libéral et les soins primaires s'est associé d'un «besoin de développer l'aspect relationnel de leur métier» permettant de considérer les personnes comme des «individus à part entière». Certaines infirmières libérales ont même défini cette relation comme la spécificité de leur exercice : «une construction personnalisée de leur métier.» (Feyfant, 2018)

Les infirmières libérales exercent de manière isolée, rarement seules, plus souvent en association dans des cabinets infirmiers. (Bohic et al, 2021) Elles peuvent également rejoindre les ESP , les MSP ou les CPTS. Hassenteufel et al. ont émis une critique sur ce «système qui ne rémunère que le face-à-face avec le patient n'incite en outre pas à consacrer du temps à la coordination.» (Bohic et al, 2021)

Bohic et al (2021) ont perçu un paradoxe dans l'exercice libéral infirmier et la nécessité de coordination avec le médecin généraliste. «Leur mode de rémunération (à l'acte) implique leur présence importante au domicile des patients, ce qui les rend moins disponibles pour le travail en équipe.» (Bohic et al, 2021)

✓ Les IPA libéraux :

Pour Martin (2022), «Le statut de libéral semble être une spécificité française». En Australie un dispositif similaire a été retrouvé. L'IPA a une autonomie importante mais son mode de rémunération reste salarié. (Martin,2022)

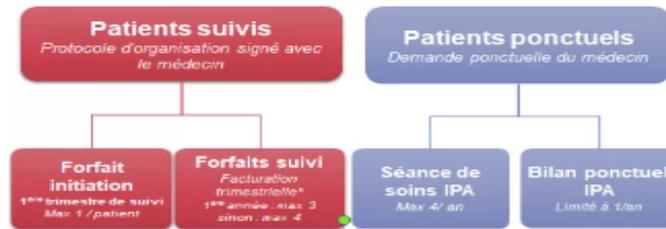
Pour exercer son activité en secteur libéral , l'IPAL doit exercer au sein d'une ESP coordonnée par le médecin. Les patients suivis par l'IPAL sont adressés par le médecin généraliste et un contrat de collaboration aura été instauré préalablement. Elles peuvent également exercer dans le cadre des MSP et CPTS où le protocole d'organisation n'est plus obligatoire et l'accès direct est désormais possible.(Legifrance, 2022) Les IPAL ont les mêmes modalités d'installation, d'exercice et de rémunération que les IDEL. Elles peuvent faire le choix d'une pratique exclusive ou d'une activité mixte : à la fois IPA-L et IDEL.(Laruche.cbainfo.fr)

Le médecin peut orienter le patient «à titre principal» dans le cadre d'un suivi régulier. (Assurance maladie.fr) La rémunération de l'IPA se faisant alors dans le cadre d'un forfait initial puis d'un forfait de suivi. Le médecin peut également orienter le patient «à titre secondaire» dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle. Le nombre de séances est limité par le code de l'assurance maladie. Le forfait initial et le bilan ponctuel sont limités à une séance par an et les forfaits de suivi et les séances de soins ne peuvent dépasser 4 sur une année.(Ameli.fr)

La rémunération des IPAL est réglementée par la CPAM. La rémunération se fait par forfait. Très rapidement critiquée cette rémunération a été réévaluée. «Novatrice au moment de sa conception, la rémunération des Infirmières en pratique avancée (IPA) libérales repose,

contrairement à celle des autres professionnels de santé libéraux, non pas sur un paiement à l'acte mais sur un «forfait» pour le suivi d'un patient sur une certaine durée. Celui-ci s'apparente à un paiement à la capitation.» (Luan et al.,2023) Ce forfait, a été jugé inadapté à l'exercice en pratique avancée libéral et a été revalorisé en novembre 2022. (Luan et al.,2023)

L'IPAL conventionnée facture ses consultations selon les forfait suivants :



[Lire la transcription textuelle de l'infographie](#)

L'accompagnement des patients par l'IPA est valorisé par la lettre-clé « PAI » qui est désormais fixée à 10 € (tarif métropole, porté à 10,50 € dans les Drom).

Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers en pratique avancée (IPA) (à compter de la décision Uncam du 13 février 2020, JO du 9 avril 2020)		
	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
Acte et majoration		
PAI : code prestation pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée	10 €	10,50 €
MIP : majoration liée à l'âge du patient (moins de 7 ans ou 80 ans et plus)		3,90 €
Forfaits (1)		
Forfait initiation du suivi		PAI 6
Forfait de suivi		PAI 5
Forfait bilan ponctuel IPA		PAI 3
Forfait séance de soins ponctuelle IPA		PAI 1,6
Frais de déplacement		
Indemnité forfaitaire de déplacement infirmier	IFI 1	IFI 1

Fig.3: <https://www.ameli.fr/aube/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>

D. Des difficultés / les premières difficultés

1. Un premier bilan de la pratique avancée à l'étranger

L'expérience des pays étrangers nous a permis de faire un premier bilan de la pratique avancée à l'étranger. Plusieurs déterminants communs ont motivé le développement de la pratique avancée : l'amélioration de la qualité des soins, la meilleure accessibilité aux soins, des objectifs d'optimisation des dépenses de santé et le développement des carrières des infirmières.

L'Association nationale des gouverneurs aux Etats-Unis a mené une étude afin d'explorer la contribution des infirmières en pratique avancée en santé primaire. Cette étude a mis en lumière les bénéfices apportés par la profession :

- Les objectifs nationaux de santé ont été atteints grâce à cette contribution infirmière en pratique avancée.

- Les patients qui ont eu un suivi par des infirmières de pratique avancée se sont montrés très satisfaits de leur prise en charge.

Ce rapport a mis l'accent sur la nécessité de promouvoir davantage la pratique avancée, de favoriser la prescription par les infirmières de pratique avancée et d'accroître leur autonomie d'exercice. Pour cela, la législation et la réglementation de leur exercice a nécessité «une harmonisation» entre les états. (Schiff, 2012)

Aux Etats-Unis, Newhouse et al.(2011) ont réalisé une étude afin de comparer les «résultats de soins» pour les patients effectués par des infirmières «autorisées» et des médecins (Newhouse et al.,2011) Pour les auteurs, le niveau de preuves était suffisamment élevé pour confirmer que les infirmières diplômées en pratique avancée «dispensent des soins sûrs, efficaces et de qualité dans divers contextes et qu'en partenariat avec des médecins et d'autres prestataires, elles jouent un rôle important dans la promotion de la santé.» (Oecd, 2010) Les auteurs ont également montré que les infirmières de pratique avancée intervenaient davantage vers des populations venant de milieu plus précaires et que leur contribution permettaient une «amélioration conséquente des durées moyenne de séjour» (Newhouse et al.,2011)

Si cette étude a rapporté un bilan très positif de la pratique avancée et en a encouragé le développement, ces infirmières ont été confrontées à de nombreuses difficultés lors de leur implantation dans d'autres pays.

Une étude ethnographique réalisée sur Singapour, s'est intéressée aux difficultés d'implantation des IPA. L'implantation récente des IPA leurs a permis de tirer des enseignements pour les pays qui souhaiteraient à leur tour intégrer des infirmières en pratique avancée. Les obstacles rencontrés pour l'implantation de ce nouveau métier étaient en lien avec «une compréhension trop vague de ce type de fonction et de sa place dans les soins de santé.» (Schober, 2015) Deux leviers indispensables à l'intégration des IPA ont été identifiés : la nécessité d'une formation qualifiante, une reconnaissance de leur exercice par les professionnels médicaux et la nécessité d'établir «un plan stratégique coordonné» pour introduire la pratique avancée. Il était nécessaire d'en clarifier les missions et de développer la confiance nécessaire à sa pérennisation. (Schober, 2015)

La notion d' autonomie a également été identifiée comme un élément rendant difficile le développement de la pratique avancée et amenant des résistances de la part des médecins «l'existence de chevauchements entre le domaine de compétences des infirmières de pratique avancée et celui des médecins». (Schober, 2015)

Au Royaume Uni, les infirmières praticiennes avancées se sont bien installées dans le «National Health Service» et se sont facilement implantées dans le domaines des soins primaires où l'accueil des médecins a été plutôt favorable. (Oecd,2010) Une étude comparative entre médecins et infirmières praticiennes a montré que les services réalisés par les infirmières praticiennes avait un niveau comparable à ceux réalisés par les médecins. (Sibbald,2009)

En Australie, comme beaucoup d'autres pays les médecins se sont montrés hostile à la possibilité des IP de prescrire. (Colmas, 2019)

En Suisse, suite à l'implantation des IPA dans les soins primaires, une première évaluation a révélé que la barrière principale à l'intégration des IPA était le manque de connaissance de leur rôle par les médecins (Rüttimann, 2023)

Le rapport de l'OCDE de 2010 a fait part de médecins réticents face au «degré d'autonomie» et d' «indépendance des infirmiers en pratique avancée» (Oecd,2010). Les médecins ont montré des préoccupations d'ordres financières avec une crainte de concurrence, de perte d'activité et

des craintes liées à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle. (Oecd, 2010) Ce rapport a insisté également sur des craintes concernant le manque de compétences et d'expertise de la part des IPA. (Oecd, 2010)

Le rapport de l'OCDE a repris les éléments identifiés selon le modèle d'Hamric pour en définir plus simplement quatre facteurs qui influent sur le déploiement de la pratique avancée et sur l'accueil qui lui sera réservée dans le pays. Ces facteurs se sont avérés autant d'éléments en faveur de la pratique avancée que d'obstacles en fonction du contexte : «*les intérêts professionnels*», l'«*organisation des soins et mécanismes de financement*», la «*législation et réglementation*» et la «*formation initiale et continue*» (Oecd, 2010)

En France, nous avons peu de recul sur la pratique avancée. D'une part ce métier est jeune et deuxièmement ce métier n'a eu de cesse d'évoluer depuis que les premiers diplômés sont sortis des universités. Les «*objectifs de déploiement des IPA*» n'étant pas atteints, la cour des comptes en juillet 2023 a réalisé un premier bilan. (Cour des comptes, 2023) Elle a reconnu plusieurs «*freins au déploiement*» : la réticence des médecins à confier leurs patients à des IPA, un modèle économique qui n'était pas viable pour les IPA «*en ville*», les conditions de formation et l'accessibilité des études et enfin le fait que le médecin ai déjà des habitudes de collaboration avec d'autres professionnels «*de manière plus naturelle*» (Cour des comptes, 2023)

Les infirmières ont peiné à faire valoir l'acquisition de leurs nouvelles compétences. La centralisation «*du champ de pratique des différentes professions de santé*» a imposé que tous changements concernant les actes professionnels soient inscrits dans la loi «*soulevant souvent des questions sensibles.*» La pratique avancée a été de ce fait confrontée à des débats passionnés dès qu'il s'agit de faire évoluer ses missions. Qu'il s'agisse des médecins, des infirmières eux-mêmes, des politiques, etc...les désaccords ont été nombreux et ont retardé toute possibilité d'évolution de la profession. (Oecd, 2010)

Enfin, que ce soit à l'étranger comme en France, la dénomination d'Infirmier en pratique avancée a complexifié la compréhension de l'exercice. (Jarrot-Barrere, 2018), La pratique avancée possède des missions communes avec certaines formations ou spécialités infirmières et les IPA ont dû trouver leur place entre infirmières de coordination, infirmières Asalee, infirmières cliniciennes et des professions de santé récemment déployées comme les assistants médicaux. (Aguilard et al., 2017) Aguilard et al.(2017) ont considéré l'importance de bien identifier le rôle de chacun afin de «*mettre en lumière la réelle plus-value qualitative apportée par ce professionnel de santé.*» (Aguilard et al., 2017)

E. Les IPA libérales

1. la confrontation au terrain malgré des politiques gouvernementales favorables

A ce jour, les IPAL sont encore peu nombreuses à s'installer en libéral. Les toutes premières études ont montré la difficulté des IPAL à vivre de cette activité de façon exclusive. (Cour des comptes, 2023) Le manque d'adressage et le mode de rémunération au forfait a impacté directement les IPAL en les maintenant pour certaines dans une situation précaire.

Des aides ont été mises en place pour faciliter leur implantation durant les deux premières années d'exercice mais les IPAL sont restées dépendantes de l'adressage des patients par le médecin avec lesquels elles collaborent. Le modèle libéral est économiquement viable que si le nombre de patients adressés est suffisant. La cour des comptes a fait remarquer une contradiction entre l'importante autonomie des IPA et «*un caractère auxiliaire qui se manifeste par un double encadrement*» (www.ccomptes.fr). Elle l'a justifié par le fait que l'IPA doivent rejoindre une équipe de soins primaires pour exercer ou un établissement de santé nécessairement coordonné par un médecin généraliste. : «*En clair, (...) si le médecin ne souhaite pas partager sa patientèle, l'IPA ne peut pas exercer CQFD*» (Cour des comptes, 2023)

Luan et al. (2023) a questionné cette rémunération au forfait qui rompt la tradition du paiement à l'acte des professionnels libéraux médicaux ou paramédicaux qui *«s'apparente à un paiement à la capitation.»* Les sociologues ont rapporté que les IPAL ont été obligées de maintenir une activité mixte, *«elles assurent fréquemment en parallèle des soins primaires d'autres activités libérales ou salariées (coordination, réalisation de tests de dépistage Covid, activité clinique en établissements de santé...), sources de revenus complémentaires.»* (Infirmiers.com). Ces IPAL ont toutes témoigné de difficultés économiques, *«d'autant plus mal vécue après les sacrifices, financiers et familiaux, qu'implique une reprise d'études en cours de carrière.»* (Luan et al.,2023) Schlegel (2023) a fait également le constat d'un *«exercice qui peine à se développer et reste éloigné de ce qui était attendu»* (Schlegel, 2023). Pour Luan (2013) les IPAL avaient des files actives faibles, constituées de patients dits complexes que les médecins leurs adressaient plus facilement. (Luan et al.,2023)

2. Accueil mitigé par les autres professionnels

Entre *«concurrence et coopération»* avec les infirmières libérales, Schlegel (2023) a constaté que l'arrivée des IPA est soumise à un accueil mitigé : Le métier d'IPA étant envisagé comme opportunité d'évolution professionnelle pour les infirmières peut s'avérer être également source de conflit sur le terrain. (Schlegel, 2023) Pour Safon et Suhard (2022) *«Alors que les IPA tendent à se rapprocher des médecins, qu'en est-il des relations. Avec le groupe professionnel dont elles cherchent à s'émanciper progressivement, (...) Leurs relations apparaissent teintées, au moins initialement, d'un soupçon de défiance, liée notamment à la volonté d'ascension sociale et professionnelle des IPA.»* (Safon et Suhard, 2022)) Les IPA ont dû rassurer pour sortir d'un contexte de concurrence. Les infirmières libérales ont craint une diminution de leurs actes et une perte de patientèle. Pour Schlegel (2023) *«La volonté des IPA de s'éloigner des soins infirmiers classiques amorce finalement une transformation des relations.»* (Schlegel, 2023) Un sondage initié par le Conseil de l'Ordre des Infirmiers a rapporté que les IPA-L ont été confrontées dès leur installation à une non reconnaissance des prescriptions par les pharmaciens et les laboratoires, cela a tendu à discréditer la profession auprès des patients qui se voient refuser la délivrance de traitement ou d'acceptation d leurs examens. (www.ordre-infirmiers.fr)

F. Médecins généralistes et IPAL : une relation complexe

La collaboration entre les médecins généralistes et les infirmières a toujours été une constante de la prise en soin des patients. Elle est ancrée dans une *«culture de la collaboration avec les infirmière.s»* (Cara et al, 2023) Un rapport de l'IRDES a précisé que *«Les médecins généralistes libéraux communiquent plus souvent avec des infirmières qu'avec d'autres médecins à propos de leurs patients.»* (Safon, 2023) L'expérience ASALEE s'est révélée être une expérience bénéfique pour les médecins généralistes leur permettant de voir la prise en soin des patients *«au-delà de la dyade médecin patient.»* (Cara et al, 2023) Pourtant autant l'accueil de la profession par les médecins généralistes a montré des divergences entre médecins favorables et médecins réfractaires. Alors qu'une partie des médecins a vu dans la pratique avancée une majoration des compétences infirmières et espéraient *«un nouveau bras droit»* d'autres y ont perçu un *«risque de concurrence par empiètement de l'IPA sur leur rôles propres.»* (Aghnatios et al.,2023) La méfiance des médecins généralistes envers les IPA a été attribuée à un manque de concertation des médecins généralistes qui ont eu *«l'impression que ce nouvel acteur de soin leur a été imposé»* et ont rejeté l'idée de leur voir accorder des connaissances relevant des compétences du médecin. (Aghnatios et al.,2023) Pour Le Cann (2021), en acquérant de nouvelles compétences, l'IPA a changé de statut mais a surtout modifié les rapports interprofessionnels. Le can (2021) y a vu

«l'intrusion d'un professionnel de santé (l'infirmier) dans la prise en charge effectuée par un professionnel de santé (le médecin)» (Le Cann, 2021)

1. Avantage perçu pour la pratique avancée

Pour certains médecins, la pratique avancée a répondu à une attente : leur permettant *«d'accéder à une pratique coopérative idéale»* et leur permettant d'optimiser la prise en soins des patients. (Le Cann, 2021) Pour Laure Aumaréchal, les médecins ont exprimé un soulagement voir un *«réconfort»* dans le fait *«d'être deux»* (Aumaréchal et al., 2022) lors de la prise en charge de situations jugées difficiles. L'IPA est devenue alors une ressource pour des missions valorisées par les médecins que ceux-ci n'avaient pas le temps de mettre en place, comme la prévention et l'ETP. Le *«regard infirmier»* a été perçu comme une plus-value pour la prise en soin des patients permettant la complémentarité de l'expertise infirmière à l'expertise médicale. (Aumaréchal et al., 2022)

Pour Pierrette Meury-Abraham, les médecins généralistes favorables à la pratique avancée ont priorisé l'amélioration de la qualité des soins par *«une complémentarité des approches professionnelles »*. Améliorer la qualité de soins est passé par la *«complémentarité des approches puis secondairement par une offre de soins nouvelle en prévention et en ETP »*. Améliorer la coordination des parcours et *«la compréhension et l'intégration de leurs pathologies par les patients»* a été la seconde priorité pour ces médecins. (Meury, P. (2023)

Les médecins ont eu le souhait d'améliorer le suivi et la qualité du suivi des patients *«une meilleure prise en charge globale»* grâce au regard complémentaire IPA-médecin. (Ruttimann, 2023) Pour PIRER (2019), une *«amélioration de l'interprofessionnalité»* a permis de les décharger de tâches administratives et a permis de libérer de nouveaux créneaux de consultations. Certains médecins ont alors vu en l'IPAL la possibilité d'attribuer des *«tâches pénibles dont le médecin veut se voir soulagé»* (Pirer, 2019)

Un rapport de l'IRDES s'intéressant au IPA-L du secteur francilien a également montré que les situations complexes ont été un motif d'adressage priorisé par les médecins. Pour les auteurs, les médecins se sont moins intéressés à l'aspect clinique (valorisé dans le cursus IPA) qu'aux compétences de coordination. L'aspect chronophage de certaines situations en a motivé la délégation : *«pour les médecins, il s'agit parfois du «sale boulot» (Hughes 1996), qu'ils peuvent déléguer à d'autres professionnelles, notamment aux IPA. En particulier, ces patients imposent souvent, au-delà de la problématique médicale, un effort supplémentaire lié à différents facteurs sociaux.»* (Schlegel, 2023) L'auteur a confirmé également que les médecins ont orienté plus facilement les patients pour lesquels ils se sont retrouvés en difficulté par une *«combinaison de problématiques médicales et sociales.»* (Schlegel, 2023)

2. Les freins à la collaboration : de nombreuses peurs

Aghnatiou et al (2021) ont schématisé les freins à l'implantation des IPA au près des médecins selon quatre grands thèmes : l'un concernait le corps médical et des craintes liées à la profession médicale elle-même, des freins liés à l'infirmier, des freins économiques et des freins d'ordre législatif.

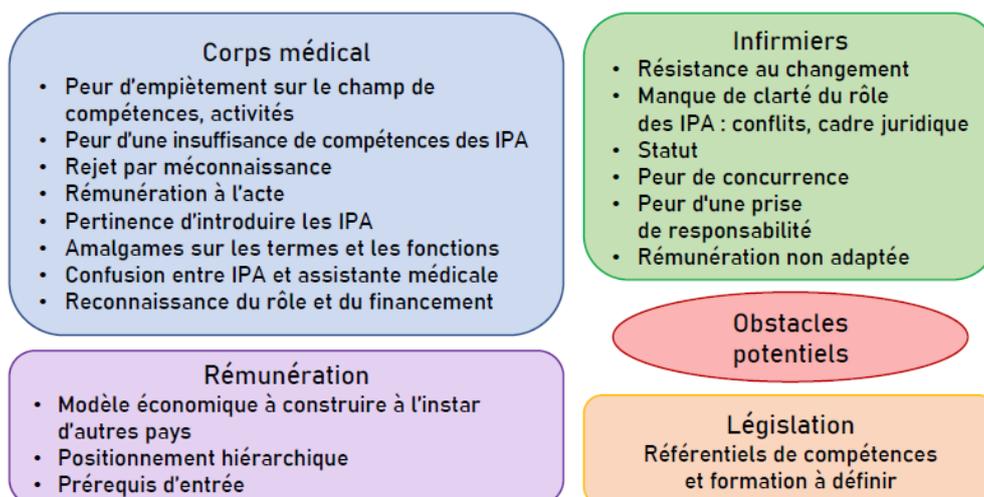


FIG. 3 : Les freins potentiels à la pratique de l'IPA (17,23)

Fig. 4 : Les freins potentiels à la pratique de l'IPA : (Aghnatio et al, 2021)

Perrin (2023) a apporté un éclairage complémentaire. Son étude a été réalisée sur un échantillon très représentatif de médecins généralistes. Pour la majorité d'entre eux, les craintes exprimées ont concerné majoritairement la peur de voir leur responsabilité engagée vis-à-vis des actes réalisés par l'IPA. Secondairement les craintes ont été liées à des revendications plus personnelles sur leurs conditions de travail, les médecins s'estimant « sous-payés ». Dans un troisième temps les médecins ont jugé insuffisante l'acquisition des compétences médicales pendant la formation universitaire des IPA. (Perrin, 2023)

Selon Pirer (2019) les médecins généralistes ont perçu « peu d'intérêt » pour la pratique avancée car la multiplicité des intervenants paramédicaux a entraîné une confusion entre IPA, IDE, infirmières, assistants médicaux voir le médecin lui-même. « La plupart des médecins de l'étude considéraient que l'IPA n'avait pas sa place dans les soins primaires notamment à cause de ce rôle ambigu. (...) Ils pourraient donc percevoir les IPA comme une menace ou alors comme inutiles car leurs compétences appartiendraient à d'autres corps de métiers ». (Pirer, 2019)

L'étude réalisée par Bastien Ruttimann a montré que les médecins « avaient une idée assez générale » du cursus universitaire des infirmiers pour obtenir le titre d'IPA. Aucun n'a été réellement convaincu que cette formation leur apporterait des compétences suffisantes pour pouvoir suivre des pathologies chroniques ou renouveler des traitements. « Tout en reconnaissant que l'IPA ferait un examen similaire, ils doutent de sa capacité à faire aussi bien. Ils évoquent un besoin de leur part à conserver un contrôle notamment sur les prescriptions. » (Aumaréchal et al., 2022) Ces peurs ont été relativisées par certains médecins « Cependant, d'après certains ces lacunes pouvaient être contrebalancées par l'autoformation, l'expérience et l'aide des médecins généralistes » (Ruttimann, 2023)

Les médecins ont montré des inquiétudes quant au cadre législatif et la responsabilité des actes. Les médecins voyaient dans la possibilité de prescrire par l'IPA un risque d'alourdir leurs conditions de travail inhérent aux complications et erreurs qui pourraient survenir. (Aghnatio et al, 2021)

Pour Perrin (2023), les médecins généralistes ont émis des doutes voir une réelle opposition sur les capacités des IPA à renouveler les traitements et assurer le suivi des patients. Aguilard et al. (2017) ont identifié que les résistances de la part de médecins pouvaient être consécutive à un

manque de connaissance de la pratique avancée ou d'une compréhension approximative (Aguilard et al., 2017) Perez et al (2023) a considéré que les médecins avaient des préjugés souvent à l'origine de craintes concernant la «mise en jeu de leur responsabilité, notamment pénale.» et le manque de confiance envers les IPA en serait consécutif. (Perez et al, 2023)

Au-delà de la confusion des rôles, pour Ruttimann (2023) , il y a eu une origine plus profonde aux craintes du médecin car elle «modifie l'essence de la médecine générale» en remettant en question leur rôle. Les médecins interrogés ont exprimé une peur concernant l'avenir de la médecine générale et de la remise en question de l'exercice libéral face à l'augmentation des médecins généralistes salariés. «Cette supposition concernant le salariat est confirmée par la part déjà grandissante de médecins généralistes à adopter ce mode de travail. La proportion de médecins libéraux de 2010 à aujourd'hui est passée de 47 à 42%. La proportion de médecins ayant opté pour le salariat ayant suivie le chemin inverse. (42 à 47%)» (Pirer, 2019)

Perez et al (2023) ont déjà mentionné cette peur «d'assister à un démantèlement de la médecine, voire l'apparition d'une médecine sans médecins.» (Perez et al, 2023) En libérant le médecin de consultations dites simples, les médecins ont craint de voir leur travail devenir de plus en plus pénible du fait de la gestion de situations complexes et chronophages. Pour Martin (2022), les médecins ont eu peur «de perdre la main sur le suivi de son patient, de diluer la relation de confiance (...) voir son espace rétrécir entre l'IPA et les médecins spécialistes.» (Martin, 2022) Pour Pirer (2019), les médecin se sont inquiété de devoir faire «une médecine d'abattage» et de perdre le contact humain et de perdre son rôle central (Pirer, 2019)

Aghnatiou et al (2021) ont rapporté que l'intégration des infirmières en pratique avancée en ambulatoire et par comparaison au secteur libéral a été plus difficile qu'en secteur hospitalier. La peur d'une perte de rémunération aurait alors été consécutive à une diminution du nombre de consultations et d'actes réalisés.(Aghnatiou et al, 2021) Pour ces chercheurs, la perte du «rôle de décideur concernant les soins du patient» a impacté fortement la collaboration IPA-médecins. Le risque a été de voir se dégrader la relation médecin-patient par une diminution des «contacts de soins» et le risque de voir apparaître un double discours entre celui du médecin et celui de l'IPA. » (Aghnatiou et al, 2021) Pour Gašparovičová (2021) c'est le manque de formation qui impacte les relations entre ces professionnels de santé. «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 (...) Une politique de formation des professionnels de santé dans leur cursus initial et en formation continue permettrait de développer et d'entretenir ces compétences collaboratives nécessaires à l'intégration de l'IPA.» (Gašparovičová, 2021) Le Cann (2021) a mentionné ce manque de concertation par les instances lors de l'instauration de la pratique avancée en France. Les médecins regrettant le manque de concertation lors des décisions politiques prises pour faire face à la pénurie de médecins (Le Cann , 2021)

II. Question de recherche

Les premiers IPA ont été diplômés en 2019. Cette profession récente est inspirée de l'expérience en pratique avancée.

Malgré des objectifs communs et un contexte bien identifié, nous pouvons nous étonner qu'il existe une telle discordance entre la volonté des pouvoirs publiques de développer la pratique avancée en soins primaires et le peu d'engouement de la part des médecins généralistes pour cette collaboration.

Actuellement moins d'une centaine d'infirmières en pratique avancée exercent en secteur libéral. La littérature scientifique a exploré les représentations des médecins généralistes pour la pratique avancée et nous a montré à quel point le rôle de l' IPA était encore méconnu.

A ce jour, aucune étude ne s'était intéressée plus particulièrement aux infirmières de pratiques avancées libérales. Tous les facteurs influençant l'intégration des IPA libérales ont été analysés à travers le prisme médical.

Notre étude a donc pour but d'explorer les freins et éléments facilitateurs de l'implantation des infirmiers en pratique avancée libéraux auprès des médecins généralistes en explorant le point de vue des IPAL.

III. Méthode

A. Choix de la méthode et procédure de recrutement

La méthode qualitative nous a semblé la plus pertinente pour explorer le vécu des infirmières en pratiques avancées libérales.

Pour explorer les éléments facilitateurs et les freins à l'implantation des IPAL, nous avons décidé de mener des entretiens individuels auprès d'infirmières en pratique avancées qui exercent ou qui ont exercé auprès de médecins généralistes en exercice libéral.

Dans un premier temps, nous avons fait le choix de contacter les IPAL par correspondance numérique, la liste des IPAL en exercice étant répertoriée sur AMELI. Cette méthode de recrutement s'est révélée infructueuse pour deux raisons : les 8 premiers textos demandant une prise de contact dans le but d'un entretien n'ont pas obtenu de réponse et cela impliquait d'interroger que des IPAL en activité et d'exclure les IPAL ayant cessé leurs activités libérales. Notre choix s'est donc porté sur les réseaux sociaux. Cela nous permettait d'obtenir un échantillon plus représentatif. Une première prise de contact a donc été réalisée via les réseaux sociaux et principalement via le site de l'ANFIPA. Après acceptation, une prise de rendez-vous via les services de messagerie électronique étaient proposée.

Notre recherche ne rentrait pas dans le cadre de la loi Jardé.

Les entretiens ont tous été réalisés par visioconférence. L'enregistrement a été réalisé à partir d'un enregistreur vocal.

Afin de créer un climat de confiance, l'anonymisation des résultats a été reconfirmé aux IPAL au début de l'entretien. et le début de l'enregistrement était systématiquement précisé à chaque participant.

B. Critères d'inclusion et de non-inclusion

L'inclusion a concerné les IPAL ayant effectué la mention Pathologies chroniques stabilisées. Les IPA pouvaient avoir exercé en libéral, exercer en libéral au moment de l'enquête. Les IPAL pouvaient être en temps libéral partiel ou exclusif.

Les IPAL devaient exercer dans une EPS, une MSP ou une CPTS

Les infirmiers ayant uniquement un exercice libéral auprès de médecins spécialistes n'ont pas été retenus.

Les IPAL connus personnellement par l'enquêteur ont été exclus afin d'éliminer le risque d'un biais de connaissance ou de familiarité.

Les IPAL devaient exercer dans une EPS, une MSP ou une CPTS

C. Retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits sur WORD. Une seconde écoute était réalisée afin de corriger les erreurs de retranscription automatique.

L'analyse des entretiens a été réalisée à partir des verbatims recueillies. Ces verbatims ont été classés, regroupés en propriété puis classés par thème. Les thèmes étant récurant dès le 8ème entretien, le 9ème et 10ème entretien ont été réalisés afin de confirmer la saturation des informations recueillies.

L'anonymat des IPAL interviewées a été préservé et les personnes ont été nommée IPAL de 1 à 10 par ordre de retranscription des entretiens. Tous les éléments qui auraient pu permettre d'identifier l'IPAL directement (nom des villes, communes d'exercice, région, nom ou prénom des médecins mentionnés, etc.) ont été remplacée par la lettre X.

IV. Résultat

A. Caractéristiques de la population interviewée

Vingt demandes ont été envoyées via la messagerie privé.

A la suite 18 réponses ont été obtenues.

10 entretiens ont été réalisés par visioconférence :

Ces entretiens ont été réalisés entre mi-avril et début mai 2024.

Parmi ces dix IPAL, nous avons compté 90 % de femmes.

La moyenne d'âge était de 47,8 ans, variant de 38 ans à 63 ans.

90% des IPAL étaient en exercice libéral, 10% avait cessé l'exercice libéral.

Les IPAL avaient une expérience d'infirmier de 24.4 années en moyenne

90 % des IPAL avaient été IDEL.

Les IPAL avaient exercé en moyenne 16.2 années en tant qu'IDEL auparavant.

Parmi eux 4 IPAL étaient en activité exclusive, 1 IPAL avait cessé son activité libérale et 5 étaient en activité mixte.

Les IPAL collaboraient en moyenne avec 4.9 médecins généralistes allant de 3 médecins généralistes au minimum et 10 au maximum.

Cette méthode, nous a permis de rencontrer des IPAL de sept régions de France.

Leurs secteurs d'exercice IPAL étaient urbain, semi-rural, rural et montagnard.

Les IPAL cumulaient parfois plusieurs secteurs d'exercice.

De la même façon leurs structures d'exercice se répartissaient entre MSP et CPTS , 10 % exerçait également en EPS.

80% des IPAL cumulaient plusieurs structures d'exercice.

B. Présentation des résultats

1. Motivation à entreprendre des études d'IPA

✓ Besoin d'évoluer

7 IPAL ont ressenti à moment de leur carrière infirmière le besoin d'évoluer professionnellement *«un besoin d'évoluer et la certitude que je pourrais apprendre des nouvelles choses et que je pourrais apporter surtout des choses en plus dans la prise en charge des patients»* (IPAL 7) Ce besoin d'évoluer était également en lien avec une lassitude de leur exercice : *«je commençais à tourner en rond (...) après 18 ans de libéral»* (IPAL 2), Parmi eux, 2 IPAL avaient obtenu le Master sciences cliniques infirmières précurseur à la pratique avancée *«un peu les prémices de la pratique avancée»* (IPAL 8) Pour 5 IPAL ce nouveau diplôme correspondait à une attente : *«je cherchais quelque chose, je savais pas quoi exactement...mais quand j'ai lu le décret , je me suis dit c'est exactement ça que je veux faire»* (IPAL5)

✓ Un contexte identifié

Pour 5 IPAL, la reprise d'études avaient été motivées par l'identification d'un besoin sur leur territoire : la pénurie de médecin, des départs à la retraite non remplacés, des décès. *«tous les médecins de notre secteur sont partis soit à la retraite ,ont déménagés soit sont décédés ce qui faisait qu'on n'avait nos patients qui n'étaient plus suivis , où le médecin... le pauvre petit médecin qui nous restait nous laissait l'ordonnance de renouvellement de traitement dans notre boîte aux lettres du cabinet sans avoir le temps de voir les patients voilà c'était plus possible*

quoi» (IPAL 2), «on est un désert médical, campagne et montagne et... euh... et du coup on avait beaucoup de difficultés d'avoir des accompagnements de qualité et notamment euh... enfin plus de qualité» (IPAL6)

✓ La santé

L'usure liée à l'exercice infirmier libéral a contraint 4 IPAL à envisager un changement professionnel : *«ne plus pouvoir exercer mes tournées libérales devenues trop lourdes physiquement... euh... à cause d'un problème de genou» (IPAL 1), «réfléchir sur la suite à donner à ma profession.» (IPAL 2)*

2. Viabilité de l'exercice en pratique avancée libéral

✓ Des difficultés pour développer son activité

- 9 IPAL avaient été confrontées à la cessation d'activité de l'exercice libéral d'un professionnel dans leur entourage : *«j'ai quand mêmes des collègues libérales qui ont lâché l'affaire parce que c'était compliqué tout simplement pour vivre» (IPAL 3), «moi toutes les copines qui sont restées en mixte Infirmière, IPA, elles ont pas réussi à s'implanter, hein. Elles ont arrêté ou elles font très peu d'IPA... » (IPAL 9)*

- 6 IPAL avaient démarcher les médecins en vue d'une éventuelle collaboration et essuyer des refus *«on est obligé de faire du porte à porte comme un commercial» (IPAL 5), «j'ai cherché à élargir sur le secteur de...et là par contre aucun retour... enfin clairement... donc il n'y a aucun médecin qui m'a montré d'intérêt.» (IPAL 1)*

- 9 IPAL considéraient avoir rencontré des difficultés pour vivre de leur exercice : *«les deux premières années ont été très compliquées pour moi ou j'ai dû euh... continuer mon activité d'infirmière libérale en plus de mon activité d'IPA» (IPAL 3)*

- 7 estimaient qu'elle ne vivaient pas encore de leur exercice libéral. *«j'en vis pas» (IPAL 1), «Si on regarde la MSP avec 10 médecins, je fais pas deux demi -journées par semaine, c'est pas... clairement ceux qui me font le plus bosser , hein...» (IPAL 9), «je ne m'en sortais pas financièrement, j'étais déficitaire» (IPAL 10)*

- 4 professionnelles rapportaient des sentiments négatifs à propose de leur exercice : *«je suis assez amer, vous voyez je suis assez négative» (IPAL 1) et cela était d'autant plus mal vécue que l'investissement personnel était jugé important : «Parce que moi j'ai 62 ans, j'ai fait 40 ans de libéral, je me suis dit je vais terminer praticienne avancée, c'est pas mal. J'aurais fait une jolie carrière. Et en fait. Je veux bien, mais quand je serais à la retraite, hein ? (...) j'ai pas envie à la retraite d'avoir déjà bouffer mes économies avant la retraite pour la pratique avancée...» (IPAL 8)*

- 5 IPAL peinaient à instaurer un suivi régulier de leurs patients : *«ce qui est le plus dur c'est d'être dans la continuité... euh... voir les patients une fois ça se fait mais avoir un suivi un peu plus régulier c'est plus dur» (IPAL 1) , «les voir régulièrement, c'est le plus dur en fait» (IPAL4)*

- 4 IPAL déploraient le manque d'adressage de patients de la part du médecin : *«Le souci ça a été l'adressage des patients et la façon de me présenter en fait...et le temps... et le temps pour me présenter. Ils ont beaucoup de mal à m'introduire dans le parcours et dans le suivi des patients(...) parce que on a un souci par rapport à l'adressage. Parce que l'adressage doit être fait par le médecin. Et quand on est en libéral, euh, il faut qu'on consulte un minimum pour pouvoir vivre.» (IPAL 9), «si vous me demandez si je gagne ma vie, je vais vous répondre non , hein! (...) moi j'ai passé des mois et des mois et des mois à avoir 4 patients par jour...en disant on disant au médecin tu sais, j'en ai pas assez» (IPAL8)*

- Pour autant , la moitié des IPAL étaient attachés à l'exercice libéral «*je tenais à tout prix à rester en libéral*» (IPAL2), «*Je pense que pour faire IPA libérale il faut avoir fait du libéral avant...*» (IPAL5) , pour 2 IPAL, l'activité libérale était corrélée positivement à la relation patient «*exercer en libéral pour me rapprocher des patients*» (IPAL2)

✓ Les carences de l'état

- 7 professionnels constataient que le modèle économique choisit n'était pas adapté «*le modèle économique ne fonctionne pas*» (IPAL 2) , «*une difficulté économique*» (IPAL 4)

- Pour ces IPAL le forfait de rémunération était inadapté à l'exercice libéral : «*Donc des pluri-pathologies, une population très âgée et isolée parce que les femmes, les enfants sont souvent partis travailler en métropole. Donc face à ces problématiques en fait mon forfait trimestriel qui m'était accordée ne me permettait pas de répondre aux besoins des patients. Et parce que ces patients, je suis obligée de les voir 5 à 6 fois par trimestre*» (IPAL 10), «*un forfait à cinquante euros divisé en trois, ça fait pas grand-chose*» (IPAL 2), «*le système de rémunération , le métier il a été créé, il a été pensé... mais pour moi c'est pas optimal, c'est pas fini en fait (...) il faudra évoluer vers autre chose sinon on risque de...que la profession ne survive pas*» (IPAL 1) Elles devaient alors multiplier les collaborations, «*étant donné qu'on voit le patient en alternance avec le médecin (...) il faut une file active énorme en fait*» (IPAL 9).

- Pour 6 IPAL , la communication faite par l'état est insuffisante.et participait au manque de connaissance des médecins «*L'ARS voulait développer le libéral...euh... parce que...euh...on est en pénurie de médecins généralistes mais quand les IPA ont été créées , bah ils ont pas expliqué vraiment notre rôle*» (IPAL 3), «*quand moi je suis arrivée en stage les médecins généralistes ne savaient pas ce que j'étais, ce que je faisais, mes apprentissages, en fait ils n'étaient pas informés plus que ça par l'ARS.*» (IPAL 3)

- 5 professionnelles se sont senties abandonnées une fois le diplôme obtenu «*C'est le manque d'information au niveau de la CPAM. J'avais une référente CPAM à qui j'ai posé énormément de questions, qui m'a jamais répondu à aucune question. Donc ça, ça a vraiment été problématique pour moi au niveau de mon installation*» (IPAL 7), «*on est seul au monde , la solitude même...on y va tout seul...on a beau taper aux portes...et j'ai tapé aux portes...même l'ARS, la sécurité sociale, c'est du blabla...tout ça c'est de la réunionite aigue... oui , oui , on vous aide , on va vous aider... mais bien sûr... débrouillez -vous tout seul*» (IPAL 5)

- 4 IPAL reprochaient un manque de soutien du gouvernement «*on a pâtit de mauvaises... d'une mauvaise communication hein. C'est vrai qu'ils ont pas du tout, ils ont pas communiqué sur la profession, ça c'est la première chose. Le gouvernement nous a pas soutenu du tout, il nous a balancé et puis c'est nous qui avons tout fait sur le terrain*» (IPAL 8), «*On ne nous a pas présenté, on nous a imposé et on a pas expliqué à quoi on servait et quel était l'intérêt de travailler avec nous en fait...aucune communication*» (IPAL 5)

✓ Une évolution de l'exercice libéral, les spécialistes.

- 4 IPAL avaient développé une collaboration avec des médecins spécialistes et 1 IPAL connaissaient une collègue qui travaillaient désormais en libéral avec un médecin spécialiste. Ces IPAL préféraient ce travail auprès des spécialistes «*j'ai vite compris que c'était pas auprès des médecins généralistes qu'il fallait aller mais vers les spécialistes. Donc je me suis plus axée après vers les médecins spécialistes vers qui il y avait plus de possibilité et d'ouverture*» (IPAL 5) Pour ces IPAL, les médecins spécialistes étaient plus intéressés par la pratique avancée «*c'est pas tout à fait le même fonctionnement et c'est plus intéressant de travailler finalement, en cabinets spécialisées. Par exemple, moi là en pneumo, alors que de travailler forcément avec des médecins généralistes, c'est pas toujours le top, top, les généralistes, parce que les généralistes n'ont pas compris l'intérêt de la pratique avancée!*» (IPAL8), «*C'est vraiment*

différent avec les spécialistes. (...) Ils ont déjà anticipé le parcours, ils savent ce qu'ils attendent de moi, ils savent la plus-value.» (IPAL 9), «Ils travaillent déjà par délégation de tâches, régulièrement, et du coup ils ont plus de facilité à le faire» (IPAL5)

3. Méconnaissance sur la pratique avancée

- 9 IPAL avaient été confrontées à une méconnaissance de leur fonction et des préjugés : «la méconnaissance du métier et les fausses idées» (IPAL 1), «*si on peut parler de levier, ce serait l'information que les médecins peuvent avoir de notre pratique, parce qu'en fait y a beaucoup de médecins, j'apprends rien, mais de médecins qui sont réfractaires à la pratique avancée, mais parce que tout simplement, si tu creuses un peu, en fait, tu t'aperçois qu'ils ont des a priori qui sont totalement faux*» (IPAL 7)

- Pour 3 IPAL, cela avait des répercussions sur l'adressage des patients «*Ils n'ont pas encore toute la finesse de ce qu'on peut faire et je pense toute la connaissance de jusqu' où on peut aller et jusqu' où nos compétences peuvent nous amener. Ce qui fait que parfois, on est... les orientations actuelles que j'ai de patients, on est un peu...c'est un peu limité*» (IPAL6)

- 3 IPAL précisaient qu'il pouvait exister une confusion entre leur rôle et celui de l'infirmier Asalee «*il y a une amalgame avec les infirmières ASALEE aussi. Donc là il a fallu expliquer, bien faire comprendre qui était qui et qui faisait quoi.*» (IPAL6)

- Pour 2 IPAL, le fait que les médecins généralistes soit informés sur la pratique avancée avait contribué à faciliter leur implantation : «*tous les médecins qui m'envoient des patients, ils sont au clair avec mon exercice*» (IPAL 7),

4. Peur d'une perte financière et de concurrence

- Pour 6 IPAL, les médecins craignaient que la collaboration avec eux est une répercussion financière négative sur leur activité. La crainte était vis-à-vis de l'IPA elle-même : «*il a demandé (...) ce que ça allait lui coûter, donc là j'ai compris que le frein principal c'était l'argent*» (IPAL 2) ou liée à une perte d'activité : «*j'ai un médecin qui m'a dit bah c'est très bien, tu vois le patient quarante-cinq minutes d'accord... bah moi le patient que tu vois en quarante-cinq minutes, bah moi je le vois en quinze minutes pour faire le même travail que toi et puis sauf que quand toi tu le vois bah moi je suis pas payé par contre à lire ton compte-rendu bah ça me prend cinq, dix minutes et pour lire ton compte rendu bah je suis pas payé*» (IPAL 8), «*Ou alors il a peur d'avoir moins de de de consultations et pour le coup d'avoir moins de chiffre d'affaires...*» (IPAL 7), «*parce qu'en fait un généraliste il va juste regarder son porte-monnaie, il va se dire bon la pratique avancée finalement si je lui donne des cas simples, je perds 25,00€ assez simplement gagné, c'est ça qui l'enquiquine...*» (IPAL 8)

- Pour 5 IPAL, certains médecins craignaient la concurrence de l'IPA : «*l'idée absolument horrible de la concurrence*» (IPAL 1), «*Je pense qu'il y avait une peur de concurrence où moi je vais...je vais finalement prendre tous les patients faciles...hop...je vais les suivre, j'veis renouveler et le médecin verra plus que les cas difficiles*» (IPAL 4), «*ils ont toujours cette peur qu'on prennent leur place !*» (IPAL 3), en parlant de l'IPA : «*les médecins pensent au contraire qu'elle va venir prendre leur place et ils ne le veulent pas...*» (IPAL 10), «*je suis en médecine ville mais salariée. Et il y a une différence car il n'y a pas... il y a moins cette peur de la concurrence. Le fait qu'on n'ait pas de rémunération libérale, qu'on soit dans le salariat, oui, il y a moins de craintes*» (IPAL 10), «*mais ils ont peur qu'on leur pique leur patient.*» (IPAL 7)

5. Ego, susceptibilité

- 6 IPAL ont rencontré des difficultés liées à la susceptibilité du médecin : *«voilà, d'emblée ce médecin-là, bah il est très conservateur, c'est pas qu'il a pas envie de te confier ses patients, mais soit il a peur que ton patient dise : Oh bah tout compte fait, c'est mieux quand je vous vois-vous que votre médecin !»* (IPAL 7), *«bah ils ont eu peur de nous en fait... voilà... ils ont eu juste la trouille qu'on leur vole leur travail, qu'on fasse mieux qu'eux»* (IPAL 5), *«Et même à la limite quand il a vu que je m'en sortais bien avec les patients avec 14 d'hémoglobine glyquée, ça l'a même dérangé... En se disant : mais mince, elle est un peu capable et c'est embêtant pour nous quoi.»* (IPAL 8)

- 5 IPAL craignaient de vexer le médecin avec lequel elles collaboraient *«Et quand je fais des choses qu'eux ne font pas, j'ai quand même l'impression de pointer des choses qui auraient dû être faites en fait, vous voyez ?(...) Enfin moi je trouve que c'est plus délicat de montrer ma plus-value avec les généralistes parce que...parce que j'ai l'impression de montrer ce qu'ils font pas.»* (IPAL 9), *«Tant que j'étais dans l'éducation thérapeutique, je ne le dérangeais pas, je n'ai pas frictionné ses compétences... et donc voilà.... Il l'a très mal pris. Je l'ai vu, je le connais... hein. J'ai vu son physiquement son non verbal. C'était tellement évident et je n'ai jamais revu la dame derrière...»* (IPAL 10), *«Mais pour avoir de bonnes relations avec l'ensemble des médecins, voilà... je fais semblant et je leur demande :est-ce que je peux y aller ?»*

✓ Peur liée à la responsabilité des actes de l'IPAL

- 4 IPAL estimaient que les médecins avaient peur d'engager leur responsabilité vis à vis d'eux *«ils avaient peur que je fasse une erreur et que ça leur retombe dessus»* (IPAL 3), *«Une fausse idée c'est que les médecins... que le médecin est responsable de ce que je fais... et ça, ça a mis aussi un frein énorme.(...) c'est quelque chose qui vient mettre un frein au fait de s'implanter»* (IPAL 1), *«il a demandé la responsabilité (...) et lui il veut pas payer sur mes erreurs à moi»* (IPAL 2)

6. Intérêt du médecin pour la pratique avancée

Pour toutes les IPAL, la personnalité du médecin était associée à l'intérêt du médecin pour la pratique avancée. Les professionnels décrivaient deux profils de médecins favorables ou opposés à la collaboration avec une IPAL.

✓ Les médecins favorables à la pratique avancée

- 7 IPAL décrivaient la personnalité des médecins qui ne souhaitaient pas de la pratique avancée comme corporatiste : *«il y a aussi la personnalité du médecin, parce qu'un médecin qui va être campé sur son corporatisme médical, cette protection professionnelle qu'il a de sa profession, qui va se sentir un peu supérieur, ça va être un peu plus compliqué.»* (IPAL 10), *«il voyaient pas l'intérêt de travailler en coordination en fait... vous voyez ...c'est chacun avait son logiciel, chacun avait ses patients et on ne partageait rien»* (IPAL 4)

- Pour 6 IPAL, il était difficile de leur faire modifier leurs habitudes de travail : *«ils étaient trop ancrés dans leur routine et je pense dans le besoin de contrôler les choses, car ils ont quand même du mal avec l'aspect pluriprofessionnel»* (IPAL 9), *«je pense que c'est le frein au développement ça a été ça, vraiment de réorganiser leur façon de travailler en fait (...) et puis le fait de réorganiser leur façon de faire en fait. Ce sont des libéraux qui travaillaient seuls. (...)mais ils étaient trop ancrés dans leur routine et je pense dans le besoin de contrôler les choses, car ils ont quand même du mal avec l'aspect pluriprofessionnel.»* (IPAL 9) Certains

médecins ne manifestaient aucun intérêt pour la pratique avancée : *«on se dit mais c'est incroyable en fait ils sont contre la pratique avancée mais ils cherchent pas à savoir non plus... enfin, ils cherchent pas...à connaître»* (IPAL 7), *«Les généralistes ,(...) ils ont du mal à expliquer aux patients l'intérêt je pense parce que eux-mêmes sont pas convaincus tout simplement ».* (IPAL 9), voir opposés *«Ils en veulent pas de la pratique avancée les médecins généralistes»* (IPAL 5), *«J'ai voulu savoir s'ils étaient intéressés pour travailler avec moi. Je leur ai demandé pourquoi aussi, Et. donc ça a été très clair, hein, c'est non. Je ne veux pas travailler en collaboration avec un infirmier en pratique avancée parce que j'ai l'habitude de travailler seul et que ce n'est pas pour moi, je ne n'y vois pas l'intérêt dans ce que tu fais.»* (IPAL 6)

- 3 IPAL ont reproché une absence de considération : *«on vous rencontre même pas»* (IPAL 5), *«et même pas les retours qu'ils me faisaient à moi mais les retours qu'ils faisaient à mes patients»* (IPAL 4) Une IPAL a été considérée comme *«quelqu'un de parfaitement inutile»* (IPA 2)

A contrario :

- Pour 5 IPAL, les médecins avaient une volonté de travailler en multidisciplinarité et avaient déjà collaborer avec autres professionnels paramédicaux *«ils avaient aussi une infirmière Asalee»* (IPAL 4) , *«il était déjà pour les assistantes médicales quand elles sont sorties.»* (IPAL 2)

- Pour 3 IPAL, ces médecins avaient une *«vision moderne»* (IPAL 4) de la prise en soins des patients, *«ce qui est facilitant, c'est qu'il a une vision un peu moderne finalement, du travail collaboratif.»* (IPAL6), *«avant-gardiste»* (IPAL 9)

- 3 IPAL décrivaient des médecins intéressés par la pratique avancée et qui en percevaient un intérêt) *«le fait que le médecin prenne le temps de s'informer sur ce qu'est réellement l'activité d'une IPA (...), Le fait que le médecin se sente submergé parce que lui-même il a envie de faire, de bien prendre en compte les patients. Donc il ressent qu'il a besoin d'un appui.»* (IPAL 10), *«on aura une IPA et on va pouvoir plus facilement accepter des patients du secteur grâce à elle»* (IPAL 7)

- Pour 2 IPAL , c'était le médecin qui avait encouragé l'IPA à reprendre ses études en vue d'une collaboration : l'IDEL à entreprendre les études *«c'était les médecins qui disaient bah y a pas un infirmier dans l'équipe qui serait intéressé pour des études d'IPA»* (IPAL 7)

7. Informer et rassurer

- 7 IPAL ont effectué un travail de pédagogie auprès des médecins généralistes afin de pouvoir s'implanter *«déjà il a fallu convaincre»* (IPAL 9), *«Donc avant de s'installer, il y a un gros travail de partenariat...d'aller vers et c'est vrai que ça peut être parfois usant, je ne vous le cache pas mais je trouve que ça facilite un peu plus après l'installation.»* (IPAL 6) *«Après aujourd'hui les médecins avec lesquels je travaillent ça va, ils connaissent ma façon de travailler et on travaille en étroite collaboration donc c'est vraiment quelque chose qui est important pour les futurs IPA c'est de nouer ce contact»* (IPAL 5)

Ces IPAL ont dû rassurer pour dépasser les préjugés des médecins généralistes *«les médecins ont qu'une vision limitée du métier d'IPA»* (IPAL 6) et *«il fallait qu'ils comprennent qu'on était une menace en rien du tout, que... que ça restait leur patientèle et qu'on n'allait pas révolutionner leur façon de travailler en fait»* (IPAL 9), *«Je comprends que mes collaborateurs médecins puissent avoir une réticence et je suis formée à l'ETP, à l'entretien motivationnel et du coup dans mon approche avec eux, j'utilise ces outils d'entretien et de communication et je leur laisse la possibilité d'exprimer leurs craintes et j'arrive à venir les démolir.»* (IPAL 10)

Ces IPAL se sont montrées actives dans la recherche de collaboration *«quand je suis arrivée, je leur fait une feuille, j'ai listé tout ce que je pouvais faire»* (IPAL 6) , *«j'avais fait des flyers,*

j'avais fait plein de choses» (IPAL4), «j'ai envoyé des courriers, je leur expliquais la fonction de l'IPA, je leur proposerais des services» (IPAL 3), «Et du coup il faut venir parler, discuter, expliquer, rassurer. Donc ça aussi, si on le fait, ça favorise. C'est un facteur favorisant pour le travail en collaboration et l'implantation» (IPAL6), «expliquer que c'est un travail collaboratif, qu'il n'y avait aucune raison d'avoir peur des IPA etcetera, donc j'ai beaucoup œuvré et du coup moi je ressens énormément de changement.» (IPAL 9)

En rassurant, ces IPAL ont pu faire évoluer l'opinion des médecins : *«j'ai même une jeune médecin qui était pas du tout pro IPA et le fait que l'on se rencontre et qu'on discute...que j'explique ce qu'on fait...ben ça lui a fait changer d'avis et elle-même m'a envoyé des patients» (IPAL6), «ils sont surpris de la qualité de la formation et de la qualité des compétences qu'on peut acquérir.» (IPAL 7), «On a déjeuné ensemble, elle m'a dit : ouah, ça va être trop bien, les compétences que vous me décrivez, ça va être trop bien. Je m'imaginais même pas, mais je suis complètement partante» (IPAL 10).*

- 5 IPAL ont estimé qu'elles devaient faire preuve d'une grande adaptabilité pour exécuter auprès des médecins généralistes *«il faut s'adapter à chaque médecin par rapport au suivi» (IPAL 1), «une infirmière c'est déjà adaptable à souhait à la base... là... une IPA c'est encore plus adaptable...c'est à dire que si elle travaille avec dix médecins généralistes en fait, ben y en a pas un qui se ressemble...et elle va pas pouvoir faire la même choses avec un seul» (IPAL5)*

- 3 IPAL ont invité les médecins lors de leurs consultations : *«Pour pouvoir montrer de quoi on est capable dans une consultation» (IPAL 6), «il pensait que les infirmières en pratique avancée, elles avaient beaucoup moins de compétences. Et moi je commence en général, quand je démarre un partenariat, je co-consulte. Et en général, je peux vite faire un examen clinique. Donc c'est vrai que le médecin, il se dit : Ah bon quand même elle sait ausculter...» (IPAL8)*

8. La complémentarité, la plus-value infirmière

- 8 IPAL ont fait référence à la complémentarité : parmi elles, 5 professionnelles évoquaient également l'intérêt de la plus-value infirmière. Il était important pour elles de se placer en complémentarité du médecin *«Parce que en tant qu' IPA on peut pas se contenter que d'être dans la pluriprofessionnalité parce que sinon on va être isolé dans notre exercice. On va juste transférer des infos au médecin, il va nous en transférer. On va pas coconstruire. En tant qu'IPA, la plus-value c'est d'être dans l'interprofessionnalité, coconstruire ensemble.» (IPAL 10)*

- 6 IPAL se sont positionnées de façon complémentaire dans la relation médecin-IPA *«on est complémentaire... on agit en complémentarité!» (IPAL 5), «mais c'est génial en fait parce qu'on fait des consultations ensemble et puis en fait, on s'aperçoit qu'on est comme ce que je disais complémentaire» (IPAL 7), «on reste une âme d'infirmière» (IPAL 2)*

- pour 4 IPAL, cela optimisait la prise en soin des patients *«Ma fonction, c'est d'apporter une compétence de plus au service du patient» (IPAL 8), «ça nous permet d'être en appui au médecin en faveur du patient quoi» (IPAL 7) Cela «permet de gagner en qualité» (IPAL 9) Ces IPAL valorisaient un regard complémentaire qui optimisait la prise en soin du patient : «il faut savoir être complémentaire. J'ai un médecin qui me dit mais je connais ce patient depuis 30 ans et tu me dis des choses sur les patients que je ne connaissais pas» (IPAL 2), «on va avoir une vision des choses qui est différente du médecin, on a une vision un peu globale du patient et on se pose des questions différentes que celles que les médecins peuvent se poser» (IPAL 3),*

- 5 IPAL rapportaient que les médecins appréciaient ce regard complémentaire *«c'est une chose importante la complémentarité infirmier-médecin. C'est une chose que moi les médecins de la maison de santé où je travaille ont mis en avant très rapidement» (IPAL 7)*

9. La relation de confiance médecin généralistes /IPAL

✓ Par le réseau professionnel

- 6 IPAL ont considéré que leur implantation avaient été facilitée parce qu'ils connaissaient les médecins dans le cadre de leur activité professionnelle antérieure. Cela leur avait permis d'établir une relation de confiance avec les médecins généralistes.

- Ces professionnelles connaissaient les médecins de par leur activité d'IDEL : *«je pense que c'est le fait d'avoir été infirmière libérale, d'être connue sur le territoire, d'être une ancienne de la région (...) ils savent qui je suis, comment je travaille»* (IPAL2), *«Je travaillais déjà avec eux... parce que j'étais infirmière libérale (...) J'ai travaillé avec eux en tant qu'infirmière libérale. Je collaborais déjà avec eux par ce biais-là en fait, je les connaissais déjà assez bien.»* (IPAL 7) ou via la CPTS *«Quand j'étais infirmière libérale (...) c'est vraiment par la collaboration au sein de la CPTS que ça m'a permis de les connaître et de commencer déjà collaborer en fait parce que je suis dans le groupe de travail : Accès au médecin traitant»* (IPAL 9)

- Pour 5 IPAL leur réputation avait facilité leur implantation *«J'étais IDEL sur le même département, sur un autre secteur et euh... j'étais infirmière ASALEE avec les médecins avec qui j'ai continué comme IPA(...) Donc même s'ils n'avaient pas bossé avec moi, ils me connaissaient de réputation des fois et ça m'a facilité les choses.»* (IPAL 10)

- 2 IPAL collaboraient avec de médecins qu'ils connaissaient dans le cadre de la sphère privée *«c'était mon médecin traitant»* (IPAL 6)

✓ Par les patients

- Pour 5 IPAL, le retour positif du patient favorisait la confiance du médecin pour l'IPAL et favorisait l'adressage de nouveaux patients *«le meilleur bouche à oreilles c'est le patient»* (IPAL 2), *«ce médecin-là qui m'envoie plein de patients et encore ce matin, il m'a encore envoyé deux patients donc il est super content de mes retours, des retours des patients.»* (IPAL 7), *«le patient avec qui ça s'est bien passé il dit à l'autre que ça s'est bien passé et puis il va le répéter à son médecin traitant»* (IPAL5)

- 4 IPAL constataient que les patients appréciaient le temps de consultation plus long avec l'IPAL *«Et les premiers retours, notamment en disant bah dites donc vous prenez vraiment le temps, c'est mieux de venir vous voir que d'aller voir le médecin, rire ...»* (IPAL6), *«Et le patient, lui, il va se sentir plus écouté étant donné qu'on a plus de temps à lui consacrer.»*(IPAL 7) et le sentiment d'être plus écouté : *«Donc la posture aussi auprès des patients fait que, quand le patient revient voir le médecin en lui disant : Ouah, c'était trop chouette cette consultation avec IPA ! Et franchement, elle m'a écoutée»* (IPAL 10)

✓ Par le stage

Dans les cadres de leurs études, quatre IPAL avaient réalisé leur stage auprès de médecins généralistes de leur secteur. Ce stage leur avait permis d'établir une relation de confiance avec le médecin et de déboucher sur une collaboration *«vraiment l'intérêt de base il vient du fait d'avoir été en stage et d'avoir créé une relation de confiance »* (IPAL 1), *«les médecins avec qui j'avais fait mon stage de deuxième année et qui m'avaient proposé du coup de m'installer»* (IPAL 4), *«J'ai rencontré les médecins et donc j'ai fait mes quatre mois de stage dans la maison de santé (...)j'ai pu être formée vraiment aux petits oignons... Et je suis restée dans cette maison de santé par la suite.»* (IPAL 3)

Ce stage a permis de monter leur plus-value au près des patients et de motiver les médecins à collaborer *«puis le fait d'avoir fait ce stage pendant cette longue période on a eu aussi un retour*

où les patients pouvaient exprimer au médecin...euh...l'intérêt de m'avoir vue en consultation et donc ça a permis de... de... les convaincre» (IPAL 1), «mon dernier stage je l'ai fait dans cette MSP avec un médecin qui a tout de suite compris ce que je pouvais lui apporter.» (IPAL 2)

10. L'ETP une mission clivante

Tous les IPAL ont décrit avoir une activité professionnelle couvrant l'essentiel de leur champ de compétence : prévention, suivi de pathologies chroniques, d'examen clinique, renouvellement de prescription *«prévention, renouvellement, suivi, des fois quand il y a du social, quand il faut passer des coups de fils prendre des rendez-vous, enfin... il y a toute sortes de mission quand même.» (IPAL 1), «de la médecine gé, du suivi pour toutes pathologies confondues» (IPAL 5)*

Parmi toutes ces missions les professionnels ont évoqué l'éducation thérapeutique émettant parfois des réserves quant à cette compétence : Toutes les IPAL s'étaient vu confier des missions de prévention et d'ETP *j'interviens surtout pour faire beaucoup d'éducation thérapeutique et de prévention en santé» (IPAL 7), «les médecins ils sont friands de l'éducation thérapeutique, voilà...de l'information aux patients. Expliquer aux patients, ça ils aiment beaucoup.» (IPAL 7)*

Mais 4 IPAL ont rencontré des médecins qui les restreignaient à faire que de l'ETP *«en fait il était pas en accord avec ce que c'est la pratique avancée en fait, il lui fallait une infirmière d'éducation thérapeutique donc j'ai pas accroché» (IPAL 5), «Les médecins pensent qu'elle va être une super assistante médicale, pensent qu'elle va faire que de l'éducation thérapeutique.» (IPAL 10)*

L'ETP était alors perçu comme facteur limitant des compétences de l'IPAL : *«on a d'autres compétences (...) et pas forcément que sur l'éducation thérapeutique» (IPAL 6), «ce qu'il voulait c'était une infirmière d'éducation thérapeutique et euh... moi je lui ai répété que si j'avais voulu faire de l'ETP, j'aurais fait la formation de 40 heures et basta et que si j'allais voir ses patients je ferai forcément un examen clinique complet et euh...pas que de l'éducation thérapeutique parce que ce n'étais pas ce que moi j'avais envie de faire...euh...que ce n'était pas que ça le rôle d'une IPA» (IPAL5)*

11. Libérer du temps médical

La notion de temps médical a été évoqué par 8 IPAL mais a été abordé différemment selon les IPAL.

- Pour 4 IPAL, leur rôle était de soulager les médecins et leur permettre de libérer du temps médical : *«j'interviens auprès des patients pour assurer leur suivi...euh ...et aider les médecins à les décharger de ce suivi.» (IPAL 7) Même si cela pouvait demander du temps «Je pense qu'à terme une fois que l'on a dépassé l'implantation, qu'on a l'habitude de travailler ensemble, qu'on a bien fléchi les parcours, que... avec un gros travail, je pense qu'après oui, il y aura du gain de temps médical.» (IPAL 9)*

- 3 IPAL rapportaient que certains médecins étaient en désaccord avec cette idée *«Quand je disais au médecins généralistes que j'allais pouvoir leur libérer du temps, c'est à dire que je vais pouvoir gérer les patients stables et chroniques et comme ça vous allez pouvoir reprendre des patients, voir gérer les patients sans médecins traitants et la réponse que j'ai c'est bah en fait c'est pas votre problème» (IPAL 3), les patients «faciles(...) nous aussi on veut les gérer» (IPAL 8)*

- 4 IPAL considéraient qu'elles ne faisaient pas gagner de temps au médecin puisqu'elles pouvaient dépister d'autres problèmes et donc ajouter une charge de travail supplémentaire *«On n'est pas du tout un gain de temps médical. Au contraire, on est peut-être plutôt chronophage.*

On est un gros atout dans la qualité des soins et dans la qualité de parcours et dans la qualité de suivi. Mais on n'est pas vraiment un gain de temps médical, en tout cas au départ» (IPAL 9), «là où c'est difficile c'est que moi je me mets la pression de dire j'suis là pour aider les médecins, les soulager, dans ce cadre-là ça les soulage pas du tout d'une consultation puisqu'il faut revoir le patient» (IPAL 1)

V. Discussion

1. Résultats principaux

Une dizaine d'entretiens ont été réalisés dans le cadre de notre travail de recherche, nous permettant de faire ressortir les éléments suivants :

Le diplôme en pratique avancée répond à des attentes de la part des infirmières qui souhaitent évoluer professionnellement et se sentaient limitées dans leur exercice. Certaines de ces infirmières ont identifié un besoin sur leur territoire et souhaitent apporter une aide grâce à l'obtention de ce diplôme.

Pour les IPAL, la viabilité de l'exercice libéral est difficile. Elles jugent le forfait de rémunération inadapté à leur activité. La majorité des participantes a été confrontée à l'échec professionnel d'au moins un de leur collègue.

Les IPAL rencontrent des difficultés pour s'implanter auprès des médecins et pérenniser leur exercice.

D'une part la pratique avancée était encore largement méconnue des médecins. D'autre part, la pratique avancée véhiculait des peurs chez les médecins : perte financière, de concurrence et responsabilité des actes réalisés par l'IPAL. Les IPAL imputaient une part de responsabilité à l'Etat qui avait insuffisamment communiqué auprès des médecins.

Les IPAL pensaient majoritairement qu'en se plaçant en complémentarité du médecin qu'elles trouveraient leur place. Les IPAL médecins généralistes adressaient plus facilement des missions d'ETP. Le retour positif des patients favorise la relation de confiance médecin IPAL

Les IPAL abordent la libération du temps médical avec des opinions divergentes.

2. Discussion

Face à la récence de la profession, les études concernant le vécu des IPAL sont encore rares et se réfèrent souvent à l'expérience des infirmières praticiennes des pays étrangers. A ce jour aucune étude ne s'était intéressée aux infirmières en pratique avancée libérale.

Notre étude nous a permis d'explorer les freins et éléments facilitateurs de l'implantation des infirmiers en pratique avancée libéraux auprès des médecins généralistes en explorant le point de vue des IPAL exerçant ou ayant exercé en libéral.

Nos recherches nous ont montré que plusieurs thématiques se dégagent :

- La motivation des infirmiers pour la pratique avancée
- La viabilité de l'exercice IPA libéral
- Le médecin
- La complémentarité
- La confiance
- L'ETP
- Le temps médical

Jusqu'alors la profession d'infirmière offrait peu possibilité d'évolution de carrière et les possibilités étaient jusqu'à lors de se diriger vers des études de cadre supérieur ou de spécialité plus techniques comme infirmier-anesthésiste, puéricultrice ou infirmier de bloc opératoire. Les infirmières avaient donc le choix entre une évolution hiérarchique plus administrative ou une évolution plus technique. Les IPAL que nous avons rencontré dans cette étude sont également en attente d'une opportunité d'évolution professionnelle.

Le « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire » (IGAS, 2011) objectivent que les infirmiers se confrontent à « une rigidité de l'organisation des soins et des formations de

santé.» (IGAS, 2011) Ce besoin est également spécifié dans le rapport de la DGOS relatif au déploiement de la pratique avancée, il s'agit «*d'améliorer les perspectives de carrière des professions paramédicales*» (Bohic et al, 2021)

Camille et Lacquit (2021) pointent que l'âge moyen pour la reprise d'études est de quarante ans. Comparativement à cette étude l'âge moyen des professionnelles interrogées confirme cette donnée, retrouvant ce sentiment de «*maturité*», en ayant acquis une réelle expérience dans le domaine des soins. Plusieurs d'entre elles se sentent limiter dans leur exercice. Certaines IPAL identifient également un besoin sur leur territoire motivant la reprise d'étude : des départs en retraite et décès de médecins généralistes non remplacés. Pour Schlegel (2023, n°588), les infirmières libérales sont régulièrement confrontées à des difficultés dans la prise en soins de leur patients. L'impossibilité de faire renouveler les traitement de leur patient et d'avoir accès à un médecin en sont les principales causes identifiées. (Camille et Lacquit, 2021) La motivation pour reprendre les études est également liée à la pénibilité du travail infirmier. Pour Giraud et Moraldo (2024), la reprise d'étude est aussi envisagée comme une réponse à l'usure physique et psychologique des infirmières. «*un moyen de répondre à l'usure de leurs corps et d'abandonner une partie des soins réalisés dans le cadre de leur activité.*» (Giraud, Moraldo, 2024)

Toutes les professionnelles interrogées nous ont exprimé la difficulté de vivre de l'exercice libéral. Nous avons relevé que la majorité avait une longue expérience du libéral avant leur installation et nous ont témoigné leur attachement pour ce mode d'activité. Ces difficultés sont perçues également dans l'entourage professionnel des IPAL qui ont évoqué un ou plusieurs collègues pour qui avait renoncé à leur exercice libéral. Nous constatons que les IPAL doivent multiplier les collaborations avec les médecins généralistes multipliant également les structures d'exercice (plusieurs MSP, MSP-CPTS...) ou exercer une activité salariée ou libérale complémentaire. Nos recherches ne nous permettent pas de trouver des chiffres officiels concernant la rémunération des IPAL plutôt des estimations. Perrin (2023) estime que «*la rémunération de l'IPA libérale est plus faible, en raison du mode de travail libéral et des cotisations obligatoires qui en résultent. Son salaire rapporté est de 800 à 1000 € net par mois au début de son activité et de 1800 à 2000 € net par mois actuellement.*» (Perrin, 2023)

A ce jour, moins d'une centaine d'IPA libérales exercent en France sont répertoriées sur le RPPS. (Annuaire.sante.ameli.fr) Aucune donnée ne nous a permis d'évaluer le nombre d'infirmières qui ont cessé leur activité libérale, ni de savoir vers quelles activités elles se sont redirigées. Les résultats de notre enquête qualitative nous permettent légitimement de nous interroger sur le nombre actuels de ces libérales et de penser que ces chiffres pourraient être revus à la baisse. Il serait intéressant au cours des prochaines années qu'une étude s'intéresse aux parcours des IPA libérales et à leur évolution.

Les CPAM propose une aide financière pour soutenir l'activité libérale lors de son démarrage pour tous les IPAL conventionnées. Il s'agit d'une prime de 27000 euros pour les secteurs non sous doté médicalement à des primes de 40000 euros pour les ZIP. Les IPAL doivent s'engager pour 5 ans et assurer le suivi d'un minimum de 30 patients au cours de la première année et atteindre «*une part d'activité*» de 50 % la seconde année d'exercice et 85 % d'année d'exercice. (Ameli.fr) Aucune IPAL n'a mentionné cette aide. Au regard de l'engagement financier et la possibilité de devoir à terme rembourser une partie voir la totalité de ces aides, nous pouvons nous demander si le contexte anxiogène favorisé par l'échec de professionnels libéral proches n'est pas en soi un frein pour les demander. (www.assurance-maladie.ameli.fr)

A travers ces témoignages nous avons relevé plusieurs difficultés : le manque d'adressage de la part de médecins généralistes avec lesquels elles collaborent, une difficulté pour développer sa file active, l'obligation de multiplier les collaborations obligeant à multiplier les sites

d'exercice et les structures (plusieurs MSP , CPTS et MSP, etc....). Ces obstacles au développement de l'activité libérale des IPA nous interrogent au regard des besoins populationnels confirmés par nos précédentes recherches : vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, polymorbidité et déclin de la densité médicale principalement *«Cette réalité économique contraint les IPA-L à maintenir une seconde activité. Le modèle économique retenu conduit à une perte significative de revenus pour les IPA par rapport à leur exercice antérieur. Une telle situation les pousse bien souvent à se tourner vers un exercice salarié, en centre de santé ou via l'association ASALEE (...) ce qui freine en retour le développement de leur activité en pratique avancée. Une telle situation apparaît d'autant plus dommageable lorsqu'on la rapporte à l'investissement personnel et économique.»* (Schlegel, 2023)

L'adressage des patients est jusqu'à aujourd'hui médecin-dépendant. La loi Rist permet le primo-accès aux patients qui peuvent sous conditions consulter directement les IPAL. Pour les CPTS, le primo-accès est actuellement expérimenté dans trois régions de France (Centre val de Loire, région PACA et la Bretagne) et seul le retour d'expérience nous dira s'il a un impact favorable pour le déploiement des IPAL. Nous pouvons toutefois noter qu'une seule IPAL y a fait référence nuanciant préférant demander l'accord du médecin avant de débiter toute nouvelle prise en soins. Le rapport de l'IGAS souligne que *«le nombre de patients confiés a été largement surestimé sans tenir compte des difficultés à constituer une patientèle face aux réticences des médecins et à la méconnaissance de cette profession.»* (Assemblée nationale, 2017) Pour l'UNAPL, *«Le professionnel libéral apporte à des personnes physiques ou morales qui l'ont librement choisi, des services non commerciaux sous des formes juridiquement, économiquement et politiquement indépendantes garanties par une déontologie duale : respect du secret professionnel et compétence reconnue.»* (Unapl.fr) Quid alors de la liberté d'installation des IPAL, essence même du libéral? Les IPAL en devenant dépendants de l'adressage du médecin perdent de cette autonomie pourtant valorisée par les IDEL et dont l'activité dépend du choix du patient. La FNI, dans un article au titre évocateur *«la pratique avancée pourquoi ça ne marche pas»* s'interroge également sur cette dépendance à la volonté du médecin généraliste. (Fni.fr)

A cette file active insuffisante, la majorité des IPAL se montrent critiques vis-à-vis du forfait de rémunération. La littérature nous montre que ce forfait est à la fois critiqué par les IPAL et les médecins généralistes. Ceux-ci y voient un affront comparativement au prix de la consultation médicale. revalorisation un *«forfait d'initiation au suivi»* de 60 euros pour le premier trimestre puis un *«forfait de suivi»* de 50 euros à partir du second trimestre. La méprise vient du fait que ce forfait est valable pour toutes les consultations effectuées par l'IPAL au cours du trimestre indépendamment du nombre de consultations nécessaires pour le suivi du patient. (Albus.fr)

Inspiré des tarifications à la capitation des pays voisins, ce forfait décrié ce voulait novateur à l'origine. (Luan et al, 2023) Nous pouvons noter qu'à la différence des pays voisins, la tarification au forfait fait office d'exception parmi toutes les professions médicales et paramédicales libérales. Au Royaume-Uni, ce forfait pour la prise en soin d'un patient est attaché à tous les soignants qui interviendront dans le parcours de soins. En France, une étude du trésor public a montré que si le paiement à l'acte avait tendance à favoriser l'augmentation des consultations celui à la capitation a inversement tendance à freiner les consultations. Pour autant le Président de la République Emmanuel Macron déclarait le 18 mars 2022 à Pau *«Je veux qu'on sorte progressivement de cette logique de la tarification à l'activité à l'hôpital ou de la rémunération exclusive à l'acte de nos médecins»* (www.francetvinfo.fr) argumentant que cette rémunération à l'acte *«ne correspond plus à la demande»* Étonnement si la volonté gouvernementale de développer la pratique avancée *«l'infirmier est un atout considérable dans un contexte de désertification médicale»* (Chamborédon, 2023), la réalité du terrain et les

difficultés rencontrées par l'IPA que nous avons interrogées en prennent le contre-pied. Pour pallier à ces difficultés quelques IPAL nous ont expliqué qu'elles développent des collaborations auprès de médecins spécialistes estimant cette implantation plus facile. Pour elles, les médecins spécialistes se montrent d'avantage en attente de collaboration puisqu'ils ont compris l'intérêt de la pratique avancée dans le parcours de soin des patients. A ce jour la littérature ne nous permet pas de trouver des éléments de réponses tangibles quant aux relations IPAL et spécialistes. Bien que tout ne soit pas idéal, l'implantation des IPA dans les milieux hospitaliers est en pleine expansion, témoignant d'une meilleure acceptation de la profession. L'évolution des IPAL auprès des médecins spécialistes mérite qu'on lui porte attention dans les années à venir. Elle pourrait être le témoin d'une recherche d'alternatives par les IPAL. (*Le Cann, 2021*)

Les IPAL sont nombreux à dénoncer un défaut de communication de la part du gouvernement. Les IPAL emploient le pronom «*Ils*» comme une sorte de grand tout regroupant «*gouvernement*», «*système*», «*ARS*», «*CPAM*». Pour les IPAL, ce manque de communication se répercute sur le terrain, la pratique avancée n'étant pas suffisamment expliquée aux médecins. Les IPAL se sont senties «*lâchées*» à la sortie de leurs études et ont dû palier à ces carences. Les travaux de Louise Luan et Cécile Fournier viennent confirmer ce ressenti des IPAL : «*en l'absence d'une communication suffisante de la part des pouvoirs publics, la charge incombe aux IPA quel que soit leur lieu et mode d'exercice de présenter à leurs interlocuteurs leur métier, les compétences qu'elles ont acquises et ainsi l'avantage que peut constituer, pour un professionnel de santé, de travailler avec une IPA.*» (*Luann et al, 2023*) Les études réalisées à l'étranger nous avertissent de l'importance de la communication dans le processus d'intégration de la pratique avancée. Schober (2015) alerte de la nécessité d'une «*communication efficiente*» en amont de l'implantation des IPA. Bien que cette étude ne soit pas réalisée dans le cadre de l'exercice libéral, elle nous permet un éclairage complémentaire, insistant sur la nécessité d'un travail en amont avec toutes les professionnelles concernées par l'intégration des IPAL. «*Les processus d'intégration d'une nouvelle fonction infirmière dans le système de santé s'avèrent plus complexes et difficiles que prévu. Une confusion et des tensions apparaissent à plusieurs niveaux dans les étapes initiales de la mise en œuvre de l'IPA. (...) Tous les participants de l'étude, qu'ils occupent des postes de direction, d'encadrement ou qu'ils soient IPA ont été confrontés aux réalités de l'intégration de cette fonction et ont émis le souhait que le projet d'introduction soit mieux coordonné*» (*Schober, 2015*)

Nos recherches nous permettent de voir que la même critique est faite par les médecins généralistes. Ceux-ci ne se sentent pas suffisamment informés. Colmas (2019) confirme la nécessité d'un travail de communication «*amélioré*» par le ministère de la Santé dans les prochaines années afin de «*rétablir une conception juste de l'IPA selon ses fonctions ou ses attributions.*» (*Colmas, 2019*) De plus, pour Colmas (2019) «*La communication auprès des médecins est effective notamment par le Quotidien du médecin et les médias. L'information se base sur un effet d'annonce et le contenu reste partiel. Il en résulte que les médecins ont connaissance du sujet mais sont limités à un savoir lacunaire ou erroné.*» (*Colmas, 2019*) L'auteur précise que la notion de pratique avancée est «*floue*». Deux raisons principales sont évoquées : des informations divergentes de la part des médias et des modifications régulières du cadre de référence qui limitent la compréhension de la profession d'IPA. (*Colmas, 2019*)

Une meilleure communication de l'état favoriserait l'adhésion des médecins généralistes pour la pratique avancée et notamment ceux qui ont une pratique plus isolée Perrin (2023) note une hostilité plus marquée chez les médecins qui ne sont pas habitués à collaborer. «*Cette situation devrait évoluer, mais cela nécessite du temps et un discours des pouvoirs publics qui cesse d'entretenir le mythe des infirmiers remplaçant les médecins et fasse une promotion positive*

d'un dispositif tout récent qui satisfait ses utilisateurs quand ils ont les moyens de les déployer.» (Perrin, 2023)

Cette thèse, nous permet de faire le lien avec le thème de la méconnaissance majoritairement abordé par les IPAL lors de nos entretiens. Dans le dictionnaire, la définition commune de la méconnaissance renvoie à l'ignorance mais elle est également connotée d'une part de subjectivité *«ne pas voir quelqu'un tel qu'il est, mal connaître ce qui le caractérise et ne pas reconnaître quelqu'un, quelque chose comme tel, ne pas l'apprécier à sa juste valeur» (Larousse.fr)*

Nos recherches pour cette étude nous ont permis de comprendre que le manque de recul, le manque de connaissances sur la profession impactent négativement les représentations des médecins sur la profession. Le Cann (2021) s'intéresse aux connaissances des médecins généralistes concernant la pratique avancée : les médecins interrogés ont la notion d'une durée d'études de deux ans permettant *«des compétences et des niveaux de responsabilité de prise en charge plus élevés.» (Le Cann, 2021)* Pour autant, ces connaissances restent *«incertaines» (Le Cann, 2021)* concernant le contenu de la formation et l'auteur insiste sur l'importance de connaître les compétences et les rôles des différentes professionnelles de la collaboration pour pouvoir les accepter. *«Par ailleurs, introduire la pratique avancée au cœur des soins primaires c'est également expliquer les nécessités de changements au sein d'une organisation ancestrale et mettre en place une nouvelle organisation qui inclue tous les acteurs de manière harmonieuse où chacun à une place claire, définie et utile».* Pirer (2019) confirment que les médecins généralistes sont mal informés et plus particulièrement s'agissant des auxiliaires médicaux et des infirmières en pratique avancée. (Pirer, 2019)

Quelques IPAL nous ont fait part d'une confusion du rôle d'IPA et des rôles des autres professionnelles de santé avec lesquels le médecins généralistes collaborent habituellement. Alexis le Cann (2021) retrouve également dans son étude des confusions entre les différentes tâches effectuées par les IPA et celles des autres professionnelles de santé. (Le Cann, 2021) L'IPAL est un nouvel auxiliaire médical au milieu de plusieurs autres. Les médecins ont l'habitude de collaborer avec les IDEL. Les infirmières Asalee et les assistants médicaux se sont déployés par la suite. La pratique avancée a des missions proches ou similaires pouvant favoriser la confusion (ETP, prévention, bilan de fragilité, dépistage, etc....) Une étude australienne réalisée par Jakimowicz et al. (2017) est plus pessimiste *«le manque de clarté du champ d'exercice des IPA induirait une perte d'intérêt des médecins généralistes envers la pratique avancée et créerait ainsi une frontière brute entre médecine généraliste et IP» (Jakimowicz et al. 2017)*

Van Der Biezen et al. (2017) fait également le constat que le manque de connaissances et plus particulièrement les connaissances régissant le rôle des IPA sont un facteur d'influence de la collaboration IPA médecins généralistes. (Van Der Biezen et al., 2017)

Au regard des témoignages recueillis et de la littérature, nous pensons que palier à cette méconnaissance est un facteur essentiel pour l'implantation des IPAL, un levier sur lequel il est possible d'avoir une action concrète et mesurable.

Les professionnelles indiquent que les médecins leur expriment des peurs concernant la concurrence de l'IPA, l'impact négatif financier sur leur activité et de manière moins marquée des peurs liées à la responsabilité des actes réalisés par l'IPA. Les IPAL évoquent principalement la peur de concurrence et une peur d'une perte financière. Ces peurs s'inscrivent dans le cadre de l'exercice libéral où le mode de rémunération à l'acte en justifie principalement l'origine. Jusqu'à lors les auxiliaires médicaux qui gravitent autour du médecin ne suscitent pas de telles craintes. Les médecins collaborent déjà avec les infirmières Asalee dont le financement dépend uniquement de l'association (www.asalee.fr) et les auxiliaires libéraux qui sont eux rémunérés par le médecin. (www.ameli.fr) D'autre part, les médecins travaillent habituellement

avec les IDEL qui ne dépendent pas de l'adressage du médecin direct puisque c'est le patient qui fait appel à elles. (Cara et al., 2023)

Pour Cara et al. (2023) cette collaboration est inscrite dans la «*culture de la collaboration avec les infirmières.*» (Cara et al, 2023) L'IPAL vient modifier ces rapports avec le médecin en ce sens qu'elle vient se greffer sur la patientèle du médecin. Pour vivre de son exercice, le médecin doit déléguer des consultations à l'IPAL. A l'inverse des auxiliaires médicaux, il n'existe pas à ce jour de réelle incitation financière pour coopérer avec une IPAL. Nos recherches nous montrent qu'il existe néanmoins des aides pour le temps de coordination via les MSP. (www.ameli.fr)

A ce jour, nous n'avons trouvé aucune étude officielle nous permettant d'avoir un retour sur l'impact financier de la collaboration avec une IPAL pour un médecin généraliste. Nous sommes encore à l'aube du développement de cette profession en France, il est donc encore trop tôt pour avoir des données chiffrées. Dans son rapport, l'OCDE (2010) a déjà constaté la difficulté de telles évaluations qui feraient appel à des méthodes statistiques très complexes. «*Avec le développement des pratiques de groupes dans les soins primaires et l'expansion de programmes de gestion de maladies chroniques qui impliquent plusieurs praticiens, il devient de plus en plus difficile d'isoler l'impact spécifique d'un individu en particulier sur les soins des patients et les coûts.*» (Oecd, 2010)

Dans cette enquête de l'OCDE (2010), les principales causes de résistances exprimées par les médecins sont «*un chevauchement potentiel dans le champ de pratique et la perte d'activités, le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratique avancée, les préoccupations relatives à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle et des questions concernant les compétences et l'expertise des infirmières en pratique avancée.*» (Oecd, 2010) Les auteurs, précisent que ce risque de «*chevauchement*» est d'autant plus important pour les infirmiers qui exercent dans les soins primaires. (Oecd, 2010)

Un audit flash de la cour des comptes en juillet 2023 confirmait la dépendance de l'IPAL à l'adressage en regard à ces peurs apparues dans nos entretiens «*Le modèle français de la médecine de ville demeure assez largement, aujourd'hui encore, celui d'un médecin isolé, rémunéré à l'acte et garant de la qualité des soins(...). Les médecins sont, dès lors, peu favorables au partage de leur patientèle. Ils craignent une concurrence financière en libéral mais, aussi, d'être confrontés à des patients à l'état de santé dégradé...*» (www.ccomptes.fr)

Parmi les nombreuses études auxquelles nous nous sommes intéressées, citons notamment celle de Aghnatiou et al. (2021) «*Les médecins craignaient une diminution de leur rémunération par une perte de consultations et d'actes.*» (Aghnatiou et al. 2021)

Perrin (2023) vient relativiser les travaux réalisés jusqu'à présent. Ce travail porte sur une cohorte significative de médecins généralistes. A la question : «*Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux?*» (Perrin, 2023) les trois réponses principales obtenues sont que le médecin généraliste est responsable des erreurs médicales à posteriori, que le médecin généraliste est sous payé, que les compétences médicale de l'IPA sont insuffisantes enfin que l'IPA a des prérogatives de diagnostic et de prescription, ce qu'ils désapprouvent majoritairement. (Perrin, 2023) Dans cette thèse, l'argument secondaire négatif est que le médecin généraliste se considère comme insuffisamment payé par rapport à la rémunération de l'IPAL «*l'accueil mitigé est le reflet de la crainte des médecins d'une médecine d'abattage et du positionnement du médecin* ». (Perrin, 2023), ces peurs se nourrissant de la méconnaissance du rôle de l'IPA. Pour Perez et al.(2023), ces représentations faussées sont à relativiser par le fait que les médecins ont des craintes pour l'exercice même de leur profession. «*craignant pour certains d'assister à un démantèlement de la médecine, voire l'apparition d'une médecine sans médecins ainsi que la mise en jeu de leur responsabilité, notamment pénale.*» (Perez et al. 2023) Tel un catalyseur, ces peurs nous semblent alimenter par des peurs plus corporatistes. «*Je ne sous-estime pas les autres profession de santé, mais un médecin ne peut pas être remplacé dans*

son activité, son savoir, ses compétences. D'un seul coup, alors qu'ils ne sont plus assez nombreux, on demanderait à d'autres de faire leur travail. Je crois qu'ils vivent cela comme une injustice, au terme de nombreuses années où ils ont été peu considérés par les pouvoirs successifs. Je pense qu'il est temps qu'il y ait un coup d'arrêt à la dégradation de leurs conditions de travail, dans tous les sens du terme, et que l'on vienne à leur secours.» (Arnault, Bonin, 2022)

Dissocier les difficultés d'implantation des IPAL du contexte social et du climat de mécontentement des médecins généralistes nous paraît impossible : la crainte de «*concurrence déloyale*» et de «*médecine low-cost*» amenant même à des réactions très hostiles envers le déploiement des IPA. (www.ordre-infirmiers.fr)

Lors de nos entretiens, les IPAL évoquent à moindre mesure que les médecins craignent d'être responsables de leurs actes. Le décret officiel paru dans le code de santé publique concernant la pratique avancée stipule bien la responsabilité des actes et des choix thérapeutiques de l'IPA. L'IPA dispose de «*compétences élargies*». La responsabilité de l'IPA est spécifiée dans le code de santé publique, article L4301-1 : «*Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre*» (Legifrance, 2016) Ces peurs alimentées sont également le reflet d'un manque de connaissances du mode de rémunération des IPAL et pour laquelle il est possible d'agir. Bien que les études que nous avons pu évoquer explorent d'autres peurs chez les médecins généralistes, nous pouvons remarquer que les IPAL ne les ont pas, elles, évoquées.

Les IPAL sont confrontées à deux types de personnalité de médecin, des médecins favorables et des médecins opposés. Si certains médecins généralistes voient un «*risque de concurrence par empiètement de l'IPA sur leur rôles propres*» certains peuvent y voir «*un nouveau bras droit*» (Aghnatiou et al., 2021) Comme nous avons pu le constater dans la littérature, l'accueil des médecins généralistes a été très partagé. Il existe de manière caricaturale une dualité d'opinion entre des médecin-pro IPA et des médecins anti-IPA.

La majorité des IPAL sont confrontées à un refus de collaboration. Par leurs retours d'expérience, les IPAL nous ont rapporté quel accueil leur a été réservé lors de leur recherche de collaboration. Peurs et préjugés qui sont de véritables freins à l'implantation des IPAL. L'étude réalisée par Agamaliyev et al. (2016) renforce le fait que «*Les caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins restent cependant déterminantes*». les auteurs définissant «*différents profils de médecins en fonction du type d'activité déléguée*» (Agamaliyev et al., 2016)

Cette opposition de la part de médecins aux déploiement des IPA est présente tout au long de l'histoire de la pratique avancée que ce soit à l'étranger comme en France. Les IPAL que nous avons rencontrées identifient le refus de collaboration comme une résistance au changement, les médecins craignant une remise en question de leur pratique professionnelle. Nos recherches nous incitent à rattacher le profil de ces médecins aux éléments que nous avons abordés précédemment. En se gardant de toutes généralités, le manque d'informations, les préjugés et les peurs nous semblent autant d'éléments pertinents pour comprendre ces personnalités décrites comme opposantes. Plusieurs IPAL nous ont également décrit un profil de médecin d'emblée fermé à la discussion, ne «*s'intéressant pas*». L'entretien de François Arnault (2022) nous amène à penser que le refus peut-être simplement l'expression du libre-arbitre face à ce nouveau professionnel qui lui est imposé. «*C'est le médecin qui décide s'il rentre dans un processus de délégation de tâches avec d'autres professionnels de santé. Il est libre, territoire par territoire. C'est très précis dans nos écrits. Le médecin n'est pas obligé de s'engager dans cette démarche. Il peut rester comme il est.*» (Arnault et Bonin, 2022)

La littérature sur l'âge des médecins est controversée. Certaines études attribuent au jeune médecin un profil plus favorable à la pratique avancée alors que d'autres tendent à démontrer que les médecins généralistes plus proches de la retraite délégueraient plus facilement et que les jeunes médecins sont plus réfractaires. Notre recherche ne nous a pas permis d'identifier si un profil d'âge donné est plus enclin à collaborer.

De la même façon notre étude ne nous permet pas d'identifier un secteur d'activité plus propice. Les IPAL exercent en zones rurales majoritairement mais ont également une activité mixte en zone urbaine et rurale ou urbaine. Agamaliyev et al. (2016) rapporte que *«Les médecins généralistes installés dans les couronnes de grands pôles urbains et ruraux, ainsi que dans les couronnes des petits ou moyens pôles urbains sont davantage favorables à transférer certains actes par rapport aux généralistes des grands pôles urbains»* (Agamaliyev et al., 2016) et précise que les médecins généralistes qui considèrent nécessaire la présence de médecins supplémentaires dans *«leur zone de patientèle»* sont d'avantage favorables à la délégation. (Agamaliyev et al., 2016)

L'étude ethnographique réalisée par Schober (2015) s'intéresse aux *«enjeux liés à l'implantation de la pratique avancée infirmière»* à Singapour. L'intérêt pour ce pays vient de la récence et la similitude de l'organisation du système de santé. L'intégration des IPA dans ce pays est décrite comme difficile, générant des tensions et de nombreux conflits. L'incompréhension du rôle des IPA et le manque d'anticipation par les organisations sont la source d'opposition de certains professionnels. (Schober, 2015)

Concernant les médecins favorables à la pratique avancée, c'est avant tout une vision moderne du travail en équipe qui est décrite par plusieurs IPAL, une volonté de travailler en équipe favorisant la collaboration avec l'IPAL. Certaines IPAL ont souligné que la collaboration du médecin avec d'autres paramédicaux montrent l'ouverture du médecin pour la pluridisciplinarité. Aumarechal (2022) pressent l'influence positive du mode d'exercice du médecin : *«enfin, une dernière hypothèse émergeait de l'analyse : le mode d'exercice influencerait la perspective du MG sur le travail avec une IPA. Les MG qui travaillaient déjà en équipe envisageaient positivement l'arrivée d'une nouvelle profession. A l'inverse, les MG isolés, qui avaient choisi de travailler seuls, l'imaginaient comme une source de contraintes supplémentaires. L'habitude du travail collaboratif semble donc -sans surprise-favorable à l'intégration de la pratique avancée.»* (Aumarechal, 2022) Notre étude apporte des éléments en ce sens. Plusieurs IPAL décrivent des médecins qui ont le souhait de travailler en pluridisciplinarité. La pluridisciplinarité est définie par : *«la juxtaposition de disciplines plus ou moins voisines dans un domaine de connaissances.»* (Larousse.fr)

Pirer (2019) évoque quant à elle le souhait de certains médecins d'être dans l'*«amélioration de l'interprofessionnalité»* (Pirer, 2019) Bien que l'étude de ce concept dépassent le champ de notre étude, il est intéressant de voir en quoi cette différence de terminologie peut être le reflet de la collaboration médecin-infirmière. L'OCDE définit l'interdisciplinarité comme *«Un groupe interdisciplinaire se compose de personnes qui ont une formation dans différentes connaissances (disciplines) ayant chacun des concepts, des méthodes données et des termes propres.»* (Oecd, 2010) Ainsi, en se plaçant en interdisciplinarité l'IPA n'est plus un acteur supplémentaire du parcours de soins mais un acteur complémentaire venant apporter ses compétences à celle du médecin pour optimiser la prise en soin du patient.

Toutes les professionnelles interrogées évoquent leur rôle complémentaire auprès du médecin. Pour ces IPAL, la plus-value infirmière est un atout dans la prise en soin du patient et pour faire valoir leur place auprès du médecin généraliste. Cet attachement au métier d'infirmière vient contrebalancé la prétention attribuée au IPA de se considérer comme des *«mini-médecins»* (Le Cann, 2021) *«la réaffectation de tâche induit une substitution partielle et celle-ci positionne*

l'IPA d'un statut variable allant de celui de «super-infirmier», c'est à dire un professionnel de santé connu de tous accédant à un niveau de compétence plus élevé, à celui de «mini-médecin» impliquant un professionnel de santé se substituant au médecin». (Le Cann, 2021)

Nous retrouvons des similitudes entre les entretiens que nous avons recueillis et les résultats de l'étude d'Aumarechal (2022) concernant la complémentarité. L'auteur nomme cette relation «Etre deux», pour les médecins interrogés cela est synonyme de complémentarité. Cela permet d'*d'améliorer la prise en soins des patients». Pour ces médecins, l'IPA apporte «un plus de par la présence de l'infirmière, notamment à travers sa posture.» (Aumarechal, 2022) Plusieurs IPAL partagent l'importance de ce regard infirmier et le valorisent.*

Pour Meury-Abraham (2023) les attentes des médecins concernant la collaboration avec une IPA dans le cadre des soins primaires se situent *«essentiellement au niveau de l'amélioration de la qualité des soins par une complémentarité des approches puis secondairement par une offre de soins nouvelle en prévention et en ETP» (Meury-Abraham, 2023)*

Une étude canadienne fait part de l'attachement infirmières praticiennes à leur métier source, pour Benoit et al. (2017), il existe chez les infirmières une volonté *«de repenser la distinction traditionnelle entre les gestes dit «médicaux» et «infirmiers» chez les IP. Cette volonté s'exprime dans l'esprit d'inscrire la pratique non seulement dans le souci d'une collaboration interprofessionnelle, mais de développer une complémentarité entre les professionnels et les IP. Les IP complètent, à leur façon, plus qu'elles ne remplacent le rôle des autres fournisseurs de soins de santé.» (Benoit et al., 2017)*

Dispas et Buret (2016), étude se basant sur l'expérience des maisons de santé belges, nous apporte un éclairage complémentaire *«La littérature n'a pas confirmé l'hypothèse selon laquelle le partage des tâches serait une solution à la pénurie de médecins. Les professionnels de terrain interrogés dans notre étude ont quant à eux recentré le débat sur l'amélioration de la qualité. Ils ont mis en évidence le fait que les infirmiers ne sont pas preneurs des «tâches dont les médecins se débarrassent» et que la finalité du partage des tâches n'est pas seulement de «faire face à la pénurie» ou de «faire des économies» : chaque acteur veut conserver le sens de sa fonction. La complémentarité entre les professions semble dès lors plus pertinente que la substitution.» (Dispas et Buret, 2016)*

Dans ce rapport, les auteurs concluent que *«Les IPA à l'étranger réussissent à imposer leur légitimité dans les équipes non pas par leurs connaissances médicales mais par leur expertise infirmière.» (Warnet, 2011)* Se placer en complémentarité pour les IPAL nous apparaît aussi être stratégique : Au-delà de la plus-value qu'elles apportent, les IPAL s'extraient de se de tout problème de concurrence. Pour Rioux-Dubois et Perron (2021) *«l'intégration des IP est un processus stratégique de socialisation, hautement complexe et politique, entre les IP et l'ensemble de ce qui constitue les «soins de santé primaires», incluant des acteurs humains et non humains, qui s'influencent de façon réciproque.» (Rioux-Dubois et Perron, 2021)*

Pour pouvoir s'implanter et convaincre les médecins les IPAL informent, expliquent et rassurent. Les IPAL nous font part de leur implication dans la recherche de collaboration et à quel point cela nécessite de la ténacité. Les IPAL font preuve de pédagogie, quelques-unes «co-consultent». Les médecins se montrent surpris des compétences de l'IPA.

La majeure partie des IPAL fait preuve de pédagogie et témoignent de l'importance de communiquer avec les médecins en amont de leur collaboration mais également pour renforcer la relation au médecin. Il leur est indispensable d'informer sur ce qu'est la pratique avancée, leur rôle et leur mission et de rassurer. Rüttimann (2023) nous montre comment ce travail de communication s'avère bénéfique pour la relation médecin infirmière *«Grâce aux explications de l'IPA, certains médecins interrogés s'étaient sentis rassurés de savoir que l'objectif n'était pas de les supplanter mais de travailler en complémentarité.» (Rüttimann, 2023)*

L'étude sociologique de Giraud et Moraldo (2024) décrit ce défi pour les IPAL qui doivent «convaincre les médecins de leur utilité et de leurs savoir-faire et ne pas rester dans une position de délégation.» (Giraud et Moraldo, 2024)

Quelques médecins ont été demandeurs de collaboration, nombreuses sont les IPAL qui ont dû entreprendre des démarches pour aller à la rencontre de médecins et pour se faire connaître sur le territoire. En dehors de cette étude sociologique, la jeunesse de la profession ne nous permet pas de trouver d'étude relative aux IPAL. Mais l'expérience des pays étrangers nous donnent un éclairage de cette négociation via l'expérience d'infirmières praticiennes au Canada. Rioux-Dubois et Perron (2021) font remarquer le peu d'intérêt jusqu'alors porté au vécu de cette implantation par les IP «L'examen des dynamiques d'insertion des IP en SSP s'avère donc nécessaire. Au Canada, peu d'études traitent du processus d'intégration comme tel.» Pour «négocier la collaboration (...) Les IP se voient obligées de créer, voire forcer, la CI en outrepassant les éléments qui la découragent» et sollicitent d'avantage les médecins plus ouverts «dont les comportements suggèrent de l'ouverture, de l'accueil et de la compréhension.» L'étude conclue que cette intégration est «un processus stratégique de socialisation, hautement complexe et politique (...) incluant des acteurs humains et non humains, qui s'influencent de façon réciproque.» (Rioux-Dubois et Perron, 2021)

Perrin (2023) a mesuré comment les différences d'opinions entre médecins collaborant avec des IPAL et médecins ne collaborant pas avec des IPAL, il est intéressant de constater à quel point cette collaboration permet un regard positif sur le pratique avancée collaboration.

Avis des médecins selon qu'ils collaborent ou non avec un IPA

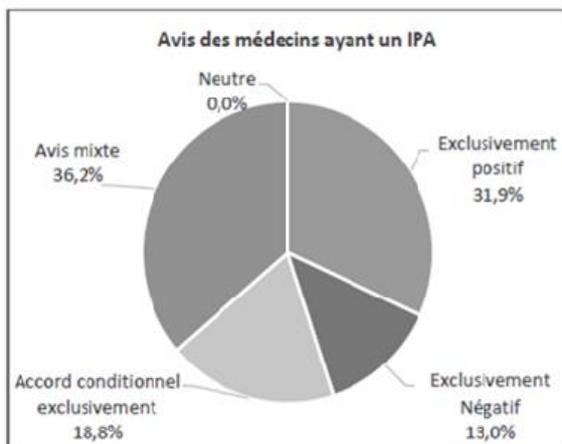


Figure 18 : Avis des médecins ayant un IPA

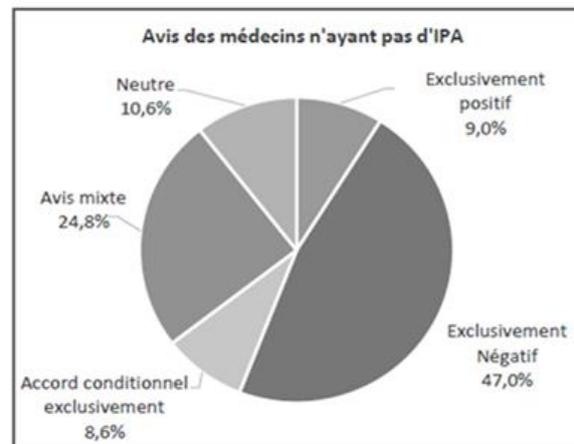


Figure 19 : Avis des médecins n'ayant pas d'IPA

Fig 5: (Perrin, 2023) : <https://publicationtheses.unistra.fr/public/theses>

La littérature scientifique ne nous permet pas encore d'explorer comment les IPAL se montrent convaincante et nous donne des premiers éléments de réponse sur l'influence de ce travail de communication de ces pionnières. Au regard de notre étude, il nous semble intéressant d'explorer comment l'expérience de la pratique avancée modifie les interactions avec les médecins et quelles stratégies les IPAL mettent en place pour trouver leur place. Queneau et Ourabah (2023) nous donne une vision plus optimiste. A l'instar des pays étrangers, les IPAL doivent aussi prendre confiance dans leurs compétences et construire leur modèle de pratique avancée. La temporalité et l'expérience joue en faveur de l'IPAL, elle doit rassurer et convaincre, le temps de faire sa place et de prouver son intérêt dans le parcours patient.

(Queneau, et Ourabah, 2023)

Plusieurs IPAL insistent sur l'adaptabilité, la nécessité de faire preuve d'adaptabilité, comme une qualité essentielle pour s'intégrer au profil de chaque médecin. Les IPAL insistent sur le fait d'une collaboration médecin dépendante, tel un service à la carte. *«Enfin, ils développaient cette relation de confiance en remarquant sa capacité d'adaptation.»* (Notteghem, 2022)

Notre étude nous donnent un premier regard sur la manière dont les IPAL s'organisent sur le terrain et quelles solutions elles mettent en œuvre pour développer une relation de confiance avec le médecin, une *«mise en place d'une confiance progressive»* (Le Cann, 2021)

La pierre angulaire de la relation médecin-infirmier est incontestablement la confiance, cela transparaît dans les entretiens que nous avons réalisés. Evoquant la confiance, le sociologue Marzano (2010) précise *«mes propres intérêts sont enchâssés dans les intérêts de l'autre : elle dépend du fait que le bénéficiaire de ma confiance conçoit mes intérêts comme étant partiellement les siens.»* (Marzano, 2010)

Ce regard du sociologue nous apporte un éclairage nouveau de la relation IPAL-médecin généraliste en appuyant sur l'intérêt personnel de chaque protagoniste. Certains résultats de notre étude apparaissent comme des déterminants de cette relation de confiance : communication, complémentarité et connaissance des individus.

Parmi les professionnelles rencontrées, plusieurs connaissaient le médecin généraliste avant de débiter la collaboration. La relation de confiance indispensable à une collaboration est favorisée par le fait que les infirmiers se connaissent auparavant. Pour Aumarechal (2022) *«ce partenariat ne peut s'instaurer que dans un réel climat de confiance.»* (Aumarechal, 2022) Ils se connaissent principalement dans le cadre leur activité d'infirmière libérale ou lors du stage en pratique avancée chez un médecin généraliste qui a permis de déboucher sur une collaboration. Pour Rüttimann (2023), la confiance vient également du fait qu'*«En s'impliquant dans le mentorat de leur collègue, des médecins avaient pris conscience de la qualité de sa formation, renforçant la confiance qu'ils avaient en lui.»* (Rüttimann, 2023)

Les médecins généralistes attachent de l'importance au fait de connaître l'infirmière et sa façon de travailler pour lui accorder sa confiance. De plus, Meury-Abraham (2023) précise que le fait d'*«exercer avec un médecin déjà connu facilite la communication en exercice»* (Meury-Abraham, 2023)

Les IPAL abordent souvent la satisfaction du patient comme étant un élément favorisant de la relation de confiance, encourageant le médecin à déléguer d'avantage grâce à ses retours positifs. Notre travail de recherche se concentre sur la relation IPAL médecin généraliste mais il est indiscutable que l'objectif commun des professionnels de santé reste l'optimisation de la prise en soins du patient. Les IPAL évoquent la satisfaction du patient en lien avec une durée de consultation beaucoup plus longue comparativement au temps de consultation du médecin. L'OCDE (2010) fait le constat d'*«un haut taux de satisfaction»* dans les pays étrangers : *«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.»* (Oecd, 2010)

Une étude australienne illustre les bénéfices de ce temps de consultation plus long avec l'IPA *«Les participants ont fourni de nombreux exemples de cas où des patients ont partagé des informations importantes liées à la santé qui n'avaient pas été auparavant partagées ou offertes lors des consultations standard chez les médecins généralistes. Lorsque les patients partageaient des informations, les soins pouvaient être fournis différemment et des résultats positifs pour la santé étaient plus probables. Les IPA ont été en mesure de fournir au généraliste des informations qui, autrement, auraient été négligées»* (Schadewaldt et al., 2016)

Meury-Abraham 2023) affirme que *«La satisfaction des patients issue de cette collaboration est essentielle pour les médecins»* (Meury-Abraham, 2023), et Rüttimann, (2023) constate que les médecins se sont montrés de plus en plus motivés en constatant *«le bon fonctionnement de cette collaboration, de la résolution des conflits et de la satisfaction des patients, évoquant un lien entre implication et acceptation.»* (Rüttimann, 2023)

Arnault et Bonin, S. (2022) montre plus de réserve et nous invite à ne pas idéaliser trop vite cette influence positive du patient : *«Il sera intéressant, une fois mis en place, de déterminer par un sondage le taux d'acceptation potentiel des patients pour être vu par l'IPA à la place du médecin. Il y a plusieurs notions qui peuvent séduire telles que celle d'un temps plus long à passer avec le patient, des dossiers mieux remplis, un autre point de vue, un autre interlocuteur. Mais est-ce que cela suffira à séduire le patient au point de confier la pathologie chronique à l'IPA pour une durée de deux ans, s'il n'y a pas de déséquilibre de la pathologie ?»* (Arnault et Bonin, 2022) La place du patient est essentiellement étudiée à travers le prisme des soignants et sa satisfaction est d'avantage recueillie pour justifier la plus-value des professionnels dans son parcours de santé. Nous n'avons pas trouvé d'étude explorant les représentations et le vécu du patient et notre étude nous permet d'en pointer le manque. Quelle est l'influence du patient dans l'adressage de nouveaux patients vers la consultation IPA? D'autant que le primo accès actuellement testé dans certaines régions, quelle sera l'influence de ce *«bouche à oreilles»* dans la file active des IPAL?

Lorsque nous avons interrogé les IPAL sur ce que sont leurs missions auprès des médecins généralistes les réponses étaient principalement des missions de suivis, de *«surveillance»*, de prévention et d'éducation et surtout d'ETP.

L'ETP est une formation accessible à toutes les professionnels médicaux et paramédicaux qui le souhaitent. Les infirmiers libéraux valident une formation de 40 heures réglementaires auprès d'un organisme agréé et les infirmiers salariés valident ces 40 heures dans le cadre de formation internes dans leur établissement. Cette formation est également au cursus universitaire des étudiants en pratique avancée. (www.legifrance.gouv.fr)

Si l'ETP s'avère être une surprise dans le cadre de notre étude, c'est que leur ressenti est partagé. Certaines IPAL considèrent qu'elle permet de débiter une collaboration car les médecins adressent plus facilement pour faire de l'ETP. Tandis que pour certaines IPAL cela peut restreindre leur champ de compétence, le médecin n'adressant que pour de l'ETP. Le modèle Hamric a fortement inspiré le développement de la pratique avancée en France. Hamric et al. (2013) revendique des compétences qui s'articulent autour de *«compétences centrales»* et particulièrement clinique *«une IPA doit essentiellement exercer en pratique clinique, il s'agit d'une compétence centrale. Les compétences que doit par ailleurs posséder une IPA s'articulent autour de quatre champs d'activité en interrelation : la pratique clinique, le leadership clinique, la formation et la recherche.»* (Hamric et al., 2013) Certaines IPAL insistent sur leur volonté de faire valoir l'entièreté des compétences acquises et ne pas réduire leur activité uniquement à de l'éducation thérapeutique qu'elles peuvent effectuer en étant infirmière. Pour autant les médecins généralistes adressent volontiers leur patient vers l'IPAL pour faire de l'éducation thérapeutique. Panot et al. (2019) le justifient dans leur étude par le fait que les médecins valorisent cette relation avec le patient et qu'ils considèrent *«qu'adopter une posture éducative est pertinent, (...). La mise en œuvre de l'ETP renforce la dimension collective du travail et sa légitimité, améliore la qualité de la relation, permet une meilleure compréhension de la réalité du patient.»* (Panot et al., 2019) Aurore Aumaréchal et al. (2022) y voit une sorte d'entrée en matière favorisant la collaboration. Adresser des patients pour de l'ETP rassure les médecins qui méconnaissent les autres compétences de l'IPAL *«Les médecins de cette étude considèrent qu'il est important pour eux de connaître la personne et sa manière de travailler pour avoir confiance. (...) Plusieurs d'entre eux disaient ne pas assez connaître les missions et les rôles d'un IPA. Ils*

pensent, sur la base de ce qu'ils en savent, pouvoir leur déléguer la prévention et l'ETP pour les patients chroniques. Ils positionnent le rôle IPA essentiellement sur le dépistage, la prévention et l'éducation.(...). Ils sont plus interrogatifs sur la délégation des activités cliniques, les prescriptions médicamenteuses, même si certains reconnaissent que cela facilite pour les patients chroniques et les personnes âgées.» Aumaréchal et al. (2022)

Meury-Abraham (2023) voit également dans cette priorisation des missions de prévention et d'ETP le signe d'une méconnaissance de la pratique avancée *«Plusieurs d'entre eux disaient ne pas assez connaître les missions et les rôles d'un IPA. Ils pensent, sur la base de ce qu'ils en savent, pouvoir leur déléguer la prévention et l'ETP pour les patients chroniques.» (Meury-Abraham, 2023)*

Nous avons évoqué précédemment en quoi la méconnaissance impacte le déploiement des IPAL. L'ETP s'avère être une compétence sécurisante pour le médecin. L'ETP n'est pas une discipline où s'exerce une concurrence. La durée de consultation d'un médecin généraliste limite en soi la possibilité de réaliser une séance d'ETP plus chronophage. et c'est l'une des missions que le médecin connaît le mieux. Ce que précisent Aghnatiou et al. (2021), *«Les participants ont exprimé des représentations hétérogènes du rôle de l'IPA. Ils ont fait part d'un flou autour du dispositif et ont exprimé le besoin d'une meilleure communication afin de faciliter son intégration. Le suivi des plans de soins, la prise en charge des patients à domicile, l'éducation thérapeutique et la prévention ont été identifiés comme des besoins auxquels l'IPA pourrait participer».* (Aghnatiou et al. 2021)

Le déploiement de la pratique avancée en France vise deux objectifs : libérer du temps médical et palier à la pénurie de médecin dans les déserts médicaux en permettant l'accès aux soins à des patients en rupture de suivi médical et certaines IPAL nous ont évoqué le souhait de libérer du temps médical au médecin, de le soulager. D'autres IPAL évoquent plutôt le refus des médecins qui ne souhaitent simplement pas qu'on leur libère de temps médical. Ce refus était quelques fois justifié par le refus d'adresser à l'IPAL des patients jugés faciles au détriment de patients complexes et par définition plus chronophages. (Cartier et al., 2012)

Certaines IPAL considèrent au contraire apporter une charge de travail supplémentaire aux médecins avec lesquels elles collaborent puisqu'elles détectent des problèmes qui nécessiteront d'être explorés par la suite. Ce regard est intéressant en soi car ces IPAL estiment que les médecins perçoivent leur présence de façon qualitative en optimisant le parcours de soins des patients plus qu'un intérêt quantitatif associé à une augmentation du nombre de visites.

Cette notion de *«gain de temps»* ou de libération du temps médical a été abordée par les IPAL sous différents angles. Certaines IPAL considèrent que leur rôle est de libérer du temps médical en les soulageant d'une charge de travail trop importante. D'autres sont confrontées à un désaccord par des médecins qui ne souhaitent pas se départir de consultations *«faciles»* pour ne réaliser que des consultations complexes. Enfin certaines IPAL estiment que leur activité en elle-même est chronophage pour le médecin : elles estiment que leur temps de consultation plus long auprès des patients leur permet de dépister *«des choses enfouies»* que le médecin devrait explorer par la suite, leur permettant surtout d'améliorer la qualité de la prise en soins des patients.

Une synthèse de la littérature scientifique nous permet de constater que les médecins ne sont pas toujours favorables à l'attribution de *«tâches simples»* aux IPA par peur d'être uniquement en charge de missions complexes. (Alexis Le Cann, 2021) Dans notre étude, plusieurs IPAL argumentent dans ce sens. Inversement les médecins sont beaucoup plus enclins à attribuer aux IPA des tâches considérées comme *«pénibles»* et *«dont ce dernier aimerait se voir soulager»* (Schlegel, 2023)

Dispas et Buret (2016) apporte un regard complémentaire aux témoignages de notre étude, remarquant que les IPAL ont peur de se voir confier uniquement «des tâches dont les médecins se débarrassent et de perdre le sens de leur métier (le «prendre soin» cela (Dispas et Buret, 2016)

Nos recherches nous montrent une discordance entre l'arrivée des IPA pour venir libérer du temps médical, des médecins qui ont peur de ne plus avoir à gérer que des situations difficiles et des IPAL qui ont le souhait de soulager mais qui paradoxalement se définissent comme chronophages. La possibilité de s'occuper de nouveaux patients n'est pas retrouvée comme un élément motivant les médecins dans les études que nous avons consultées. Pirer (2019) y voit plutôt l'intérêt de voir se libérer des plages de consultations. (Pirer, 2019) La littérature nous montre surtout que les médecins généralistes voient dans l'IPA la possibilité d'effectuer des missions de prévention et une aide sur la gestion des situations complexes voir le moyen de s'en décharger.

La notion de temps médical est récurrente dans la littérature. S'il y a consensus sur la nécessité de le libérer, notre travail de recherche a mis surtout l'accent sur les divergences de représentations auxquels il renvoient. La définition du temps médical est en soi st problématique «si la nécessité de redonner du temps médical aux médecins fait consensus, le contenu exact de cette notion peut, lui, faire l'objet de débats infinis.» (Whatsupdoc-lemag.fr)

Une étude exploratoire sur les représentations du temps médical auprès de médecins généralistes permettrait de mieux comprendre les besoins sur le terrain. De plus, il serait intéressant d'approfondir ce premier retour des IPAL : les IPAL libèrent-elles réellement du temps médical pour les médecins généralistes ?

Faire accepter la pratique avancée et permettre de la développer auprès des médecins généralistes passe par cette identification du temps médical, en répondant à cette question nous pourrions identifier des axes permettant de favoriser la place de l'IPAL. A l'issue de ce travail, nous pouvons nous demander si la pratique avancée ne souffre pas de ce manque de concertation. Les médecins généralistes se sont vus imposer les IPAL comme une réponse à leur difficultés. Au final, que signifie concrètement libérer du temps médical pour les médecins généralistes ?

B. Forces et limites de l'étude

La force de notre étude résulte principalement dans son aspect novateur. Les leviers et les freins de l'implantation des IPA à l'étranger comme en France ont été essentiellement exploré par le prisme médical. Les éléments favorisant et les freins à l'implantation des IPAL auprès des médecins généralistes ont été ,eux, explorés essentiellement par des travaux de thèse en médecine. Quant à l'étude du vécu des IPA et des IPAL, ce sont surtout les sociologues et les ethnologues qui s'y sont intéressés jusqu'à lors.

Les IPAL sont peu nombreuses en France et afin de ne pas rester région centré, notre méthode de recrutement nous a permis d'avoir un échantillonnage large avec des professionnelles venant régions différentes.

Pour autant, nous avons principalement rencontré des IPA en exercice et même si notre méthode de recrutement nous a permis de rentrer avec des IPAL ayant cessé leurs activité libérale peu d'entre elles ont finalement accepté de participer à notre étude ce qui peut être envisagé comme un biais en soi.

L'enquêteur était inexpérimenté dans le domaine de la recherche et des maladresses ont pu influencer sur sa manière de mener les entretiens malgré le respect de la grille d'entretien.

La difficulté principale aura été de rester objectifs tout au long de cette étude. Certains témoignages étaient emprunts d'une charge émotionnelle et il a fallu plusieurs relectures à

distances pour s'en détacher. En soi il n'est pas exclu qu'un biais d'interprétation ai pu apparaître. La relecture par un chercheur expert pourrait peut-être faire apparaître d'autres éléments.

C. Perspective de recherche

Au cours de notre travail plusieurs questions ont émergé et mériteraient d'être approfondies. L'évolution rapide des politiques de santé concernant la pratique avancée, l'expérience de la pratique avancée par les médecins généralistes et le travail de réassurance que réalisent les IPAL actuellement en place vont influencer sur l'implantation des futures infirmières en pratique avancée libérales. Une réévaluation à distance sera nécessaire pour voir si un réel changement de paradigme s'opère chez les médecins généralistes et s'ils se montrent moins méfiants. Un travail de recherche explorant à la fois le vécu des IPAL et des médecins généralistes pourra alors être envisagé.

Conclusion

L'objectif de notre étude était d'explorer les éléments facilitateurs et les freins à l'implantation des IPAL auprès des médecins généralistes en secteur libéral.

Dans un contexte de pénurie de médecins et d'une demande de soins accrues, la pratique avancée a pour mission principale de soulager les médecins généralistes en les déchargeant de consultations simples afin de libérer du temps pour des prises en charge complexes et permettre l'accès aux soins à de nouveaux patients.

Notre étude nous a permis de voir à quel point il était encore difficile pour les IPAL de vivre de leur activité. D'une part le forfait actuel de rémunération n'est pas adapté à leur exercice, d'autres parts les IPAL installées peinent à développer des files actives suffisantes par manque d'adressage. Cela les contraint les à multiplier les collaborations. Les IPAL se dirigent également vers des collaborations auprès de médecins spécialistes.

Les IPAL sont toujours confrontées à des médecins opposants. La méconnaissance et les peurs des médecins généralistes restent un frein majeur pour l'implantation des IPAL. Pour les IPAL, le gouvernement a insuffisamment communiqué auprès des médecins généralistes lorsque celles-ci sont arrivées sur le terrain. L'opposition des médecins généralistes lui incombe en partie.

L'expérience de la pratique avancée permet aux médecins généralistes de mieux appréhender la plus-value et les missions de l'IPAL. La complémentarité avec le médecin est un facteur favorisant du partenariat avec le médecins généralistes. L'éducation thérapeutique s'avère être une porte d'entrée pour la collaboration infirmière en pratique avancée et médecin généraliste. Pour autant il ne faudrait pas qu'elle restreigne l'IPA à cette seule mission.

Libérer du temps médical fait partie des objectifs gouvernementaux pour répondre aux recommandations définies par l'OMS et la pratique avancée fait partie des solutions récentes proposées à l'instar de l'expérience des pays étrangers. La profession d'IPA est en pleine évolution (primo prescription, primo accès...) et les débats actuels avec les médecins restent houleux, toujours emprunts de préjugés et de peurs liés à la pratique avancée. Cela reste éminemment actuel et politique et ne peut être traité dans le cadre d'un mémoire. L'effort de communication du gouvernement envers les médecins mériterait d'être renforcé avant que la motivation pour l'exercice libéral ne s'essouffle.

Références bibliographiques

Agamaliyev, E., Mikol, F., & Prost, T. (2016). *Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet*. *Revue française des affaires sociales*, (1), 375-404.

Aghnatos, M., Darloy, T., Gasparovicova, M., Dictor, J., Drouot, C., Gasperini, F., & Bouchez, T. (2021, December). *Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires*. In 21^{ème} Collège National des Généralistes Enseignants.

Aguilard, S., Colson, S. & Inthavong, K. (2017). *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature*. *Santé Publique*, 29, 241-254. <https://doi.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/spub.172.0241>

Albus *Les médecins s'opposent-ils au déploiement des IPA et des IPAL ?*
<https://www.albus.fr/blog/les-medecins-sopposent-ils-au-deploiement-des-ipa-et-des-ipal/>

Ameli <https://www.ameli.fr/aube/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>

Assurance Maladie: annuaire santé, <https://annuaire.sante.ameli.fr/>

Armand-Branger, S., Rhalimi, M., & Mangerel, K. (2011). *Le vieillissement de la population française et ses conséquences*. *Journal de Pharmacie Clinique*, 30(3), 159-166.

Arnault, F., & Bonin, S. (2022). Partage d'actes, Dr François Arnault, président du Cnom: «*Un médecin ne peut pas être remplacé*». *Les Tribunes de la santé*, (4), 103-108: <https://doi.org/10.3917/seve1.074.0103>

Asalee: <http://Asalee.org>

Assemblée nationale (2017) , rapport n°316
<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RAPPANR5L15B0316.raw>

Aumaréchal, L., Lebeau, J. & Lebleu, M. (2022). *Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes*. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 66-78 <https://doi.org/10.3917/rsi.150.0066>

Benoit, M., Pilon, R., Lavoie, A. & Pariseau-Legault, P. (2017). *Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ? la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario*. *Santé Publique*, 29, 693-706. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0693>

Berland, Y., & Bourgueil, Y. (2006). Rapport «*Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*». Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé.

Berland, Y., & Gausseron, T. (2002). Rapport sur la démographie des professions de santé. Mission «*Démographie des professions de santé*», Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Berr, C., Balard, F., Blain, H., & Robine, J. M. (2012). *Vieillesse, l'émergence d'une nouvelle population*. *Médecine/sciences*, 28(3), 281-287.

- Bohic, N., Josselin, A., SANDEAU-GRUBER, A. C., Siahmed, H., & d'Autume, C. (2021). *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*. IGAS, rapport.: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf
- Briançon, S., Guérin, G., & Sandrin-Berthon, B. (2010). *Les maladies chroniques*. Doc Fr Adsp, 72, 11-53.
- Cambois E, Blachier A, Robine JM. *Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years*. Eur J Public Health. 2013 ;23(4) :575-81.
- Camille Lorenzo et karen Lacquit Objectif SOINS et MANAGEMENT n°280 Avril /mai 2021 page 46 à 50.
- Cartier, T., Mercier, A., de Pourville, N., Huas, C., Ruelle, Y., Zerbib, Y., & Renard, V. (2012). *Constats sur l'organisation des soins primaires en France*. Exercer , 101 (101), 65-71.
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C ... & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : *perspective novatrice et pragmatique*. Recherche en soins infirmiers, 125, 20-31: <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/rsi.125.0020> . DREES Etudes et Résultats octobre 2023 n°1282.
- Castaigne, S., & Lasnier, Y. (2017). *Les déserts médicaux*. Les avis du CESE <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-07/20230705-Infirmiers-en-pratique-avancee.pdf>
- Chabot JM. Vers les soins primaires : une mutation en cours. Rev Prat 2011 ;61 :395–6.
- Chamborédon, P (2023) *Infirmier en pratique avancée, un statut en plein essor* , Soins, Vol 68, no 875, p50-52, <https://www.em-consulte.com/article/1596730/article/infirmier-en-pratique-avancee-un-statut-en-plein-essor>
- Colmas, J. F. (2019). La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04050877/document>
- Cour des comptes (2023) Audit Flash «*Les infirmiers en pratique avancée: Une évolution nécessaire, des freins puissants à lever*», <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/audit-flash-cour-des-comptes-les-infirmiers-en-pratique-avancee-une-evolution-necessaire-des-freins-puissants-lever-juillet-2023/>
- Debout, C. & Doré, A. (2015). *Chapitre 10. Introduction de la pratique avancée en soins : vers un modèle français ?* Dans : Michèle Saint-Jean éd., *Accompagner le changement dans le champ de la santé* (pp. 145-159). Paris: Vuibert. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/vuib.basti.2015.01.0145>
- Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), «*Nurses in Advanced Roles : A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries* », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 54, Éditions OCDE, Paris <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Dispas, H., & Buret, L. (2016). *Collaborer entre médecins et infirmiers, une affaire de complémentarité*. Santé Conjugée, 74.
- Douguet F., Vilbrod A. (2018). *Les infirmières libérales : une profession face au défi des soins à domicile*. Paris : Seli Arslan.
- Dumont, G. F. (2016). *Vieillesse de la population: quatre types de dynamique territoriale*. Revue politique et parlementaire, (1081), 51-59.

Dumontet, M. (2015). *Féminisation, activité libérale et lieu d'installation: quels enjeux en médecine générale ? Analyses micro-économétriques de l'offre de soins* (Doctoral dissertation, Université Paris Dauphine-Paris IX).

DREES: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er-1061.pdf>

DREES: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes>

DREES: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

Espace Infirmier (2018) :Rôle de l'infirmière de pratique avancée
<https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere.html>

Feyfant, V. (2018). *Analyser le métier d'infirmière libérale à l'aune de la déprise*. *Gérontologie et société*, 40(155), 59-71. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/gsl.155.0059>

FNI, Pratique avancée : pourquoi ça ne marche pas : <https://fni.fr/pratique-avancee-pourquoi-ca-ne-marche-pas/>.

Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I., & Bourdillon, F. *L'état de santé de la population en France– Rapport 2017*. Paris: Drees; 2017. 436 p.

France-Info : https://www.francetvinfo.fr/elections/presidentielle/candidats/presidentielle-2022-a-paul-le-candidat-macron-tente-de-prouver-qu-il-accepte-le-debat_5024491.html

Frinault, T. (2005). *La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap*. *Politix*, 72, 11-31 <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/pox.072.0011>

Gay B. *Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale*. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Juin;61(3):193-198.

Gašparovičová, M. (2020) *Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires. Entretiens avec 12 étudiants en master d'infirmier en pratique avancée à l'UCA. Médecine humaine et pathologie*.

Giraud, F., & Moraldo, D. (2024). *Devenir infirmier en pratique avancée: les dimensions subjectives d'une mobilité discrète au sein du groupe infirmier*. *Formation Emploi. Revue française de sciences sociales*, (165), 43-63.

Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, ANP ETOPR. *Advanced Practice Nursing: An integrative Approach*. 5e édition. St Louis, Missouri :Saunders ;2013.752p. DGOS Michel

Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F. X. (2020). *Les réformes de l'organisation des soins primaires: perspectives multi-situées*. *Avant-propos. Revue française des affaires sociales*, (1), 11-31.

Conseil international des infirmières, Code déontologique du CII Pour la profession infirmière, 2012
https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_FR_WEB.pdf

IGAS (2011) , Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.pdf
<https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/rm2010-164p-rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau->

Infirmiers.com : Sur le terrain, les premiers IPA peinent à s'imposer
<https://static1.infirmiers.com/ipa-specialites/ipa/sur-le-terrain-les-premiers-ipa-peinent-simposer>

INSEE (2016) , Projections de population à l'horizon 2070 n°1619
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

INSEE (2020) : Tableaux de l'économie française :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Infirmiers.com
<https://www.infirmiers.com/profession-ide/la-fonction-dinfirmiere-liberale-definition-et-activite>

Jakimowicz, M., Williams, D., & Stankiewicz, G. (2017). *A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice*. BMC Nursing, 16(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-0616-0198-7>

Jarrot-Barrere, M. J. (2018). *Les infirmières de pratique avancée: quelles perspectives pour le système de santé français ? comparaison avec le système québécois* (Doctoral dissertation).

Kubiak, Y. L. (2015). *Pacte territoire santé, garant de qualité et d'accessibilité des soins*. Paris: Institut national de la statistique et des études économiques, Dossier Lorraine, (1).
<https://laruche.cbainfo.fr/exercer-infirmiere-liberale/evolution-metier/infirmiere-en-pratique-avancee/>

Larousse: www.petitlarousse.fr

L'Assurance maladie, activité des auxiliaires médicaux :
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-auxiliaires-medicaux-liberaux-departement>

L'Assurance maladie , *L'exercice des infirmiers en pratique avancée*
<https://www.ameli.fr/aube/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>

L'assurance maladie: Zoom sur les professions libérales :
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-et-etablissements-de-sante/zoom-professions-de-sante-liberales>

Le Cann, A (2021) *Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. Médecine humaine et pathologie* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474701>

Le Figaro (Étude de l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde, réalisée par l'IFOP pour le cabinet Jalma mars 2017)
<https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2017/03/23/20002-20170323ARTFIG00005-explosion-des-delais-pour-avoir-un-rendez-vous-chez-le-medecin.php>

Legifrance (2016) Code de la santé publique : <https://www.legifrance.gouv.fr> code la santé publique – article L1411-11-1 [Internet]. Code de la santé publique janv. 26 ; 2016 (Journal officiel du 27 janvier 2016) /03/2024

Legifrance, (2018) : <https://www.legifrance.gouv.fr> (décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 Ministère des solidarités et de la santé 2018)

-Legifrance (2009) , loi du 21 juillet 2009 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article>

Legifrance (2023) , Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

Luan, L., Fournier, C., & Afrite, A. (2023)-*Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires: la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile*. Questions d'économie de la santé, (277),1-8

Martin, A. (2022). *Infirmiers en Pratique Avancée: quel exercice coordonné avec les médecins généralistes ? revue de littérature systématique des dispositifs de coopération entre infirmiers en pratique avancée et médecins généralistes à l'international en soins primaires* (Doctoral dissertation, Université de Picardie Jules Verne).

Marzano, M. (2010). *Etablir un climat de confiance, au sens de Qu'est-ce que la confiance ? Dans Études* 2010/1 (Tome 412), 412(1), p.53-63.

Meury-Abraham, P. (2023). *Etat des lieux des exercices infirmiers de santé publique et en pratique avancée, en exercice avec des médecins en structures de soins de santé ambulatoires en France et analyse des collaborations au sein des binômes* (Doctoral dissertation, Antilles).

Ministère de la Santé: <https://www.fnccs.org/sites/default/files/MINSANTE197-Tests-antigeniques-remplace-MINSANTE-177.pdf>

ONU, *Chroniques ONU* :

<https://www.un.org/fr/chronicle/article/les-soins-de-sante-primaires-plus-que-jamais-necessaires#>

Notteghem, C. (2022). *Vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier de pratique avancée en maison de santé pluriprofessionnelle* (Doctoral dissertation).

Oberweis Nicolas, Soranno Sarah, *Pratique infirmière avancée :quelles représentations pour les soignants ? Une étude qualitative* .Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2020

Oecd. (2010). *Études de l'OCDE sur les politiques de santé Optimiser les dépenses de santé*. OECD Publishing. www.ordre-infirmiers.fr/actualités-presse/articles/40000-infirmiers

OMS (2023) *Maladies non transmissibles*

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Ordre national des infirmiers:

<https://www.ordre-infirmiers.fr/stop-aux-fake-news-sur-les-ipa-et-sur-les-infirmiers>

Organization, W. H. (2005). *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. World Health Organization.

Panot, S., Beijer, F. M., & Girardot, L. (2019). *Quand l'éducation thérapeutique interroge le «cœur de métier» des médecins généralistes*. Médecine, 15(7).

Perrin E.C., Newacheck P., Pless I.B., Drotar D., Gortmaker S.L., Leventhal J. et al. «*Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions* ». Pediatrics. 1993 ; 91 : 787-793

Pirer, S. (2019). *Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée* (Doctoral dissertation).

Newhouse, RP. Stanik-Hutt, J., White, KM., Johantgen, M., Bass, EB., Zangaro, G., Weiner, JP. (2011). *Résultats des infirmières en pratique avancée 1990-2008 : une revue systématique*. *Économie des soins infirmiers*, 29 (5), 230.]

Oberweis, N., Soranno, S., & Filion, N. *Pratique infirmière avancée: quelles représentations pour les soignants? Une étude qualitative*. <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/object/thesis:24197>

OMS (2005)_ *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital, un nouvel objectif mondial de la Santé, O. Rapport sur la santé dans le monde (2005): Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. OMS, Genève, 21-22.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43132/9242562904.pdf?sequence=1>

Perez, C. Devos, C. Guillemein, E. Py, J-D. Fayard, P. Guenot, V (2023) *L'infirmier en pratique avancée Une perspective d'avenir pour la médecine des forces ?*. Article *Revue Médecine et Armées* p. 89 -107 <https://www.researchgate.net/publication/374031373>

Perrin, A.(2023) *Assistant médical, Infirmier ASALEE Infirmier en pratique avancée : Une assistance pour le médecin généraliste ? Enquête auprès de 1032 médecins*
<https://publicationtheses.unistra.fr/public/theses>

Pirer, S.(2019) *Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée [Thèse de doctorat, Pôle Formation de la faculté de médecine Henri Warembourg]* https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM475.pdf

Queneau, P., & Ourabah, R. (2023). Rapport 23-11. *Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes*. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 207(7), 860-871

Rioux-Dubois, A., & Perron, A. (2021). *Intégration des infirmières praticiennes en soins de santé primaires: repenser la négociation de dynamiques complexes*. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 38-52.

Rüttimann, B. (2023). *Le ressenti des médecins généralistes de lorraine à propos du rôle et de l'intégration en soins primaires des infirmiers en pratique avancée: étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine* (Doctoral dissertation, Université de Lorraine).

Safon, M. (2023) *Les pratiques professionnelles en France et à l'étranger*
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>

Safon, M. O., & Suhard, V. (2022). *Les politiques de lutte contre la désertification médicale. Les politiques de lutte contre la désertification médicale*
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf>

Sante-Gouv (2005) : Direction Générale de la Santé : *Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actes2005-2.pdf

Sante-Gouv(2022) *L'infirmier en pratique avancée Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants*
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

Sante-Gouv (2011) *Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., & Gardner, A. (2016). *Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia -a multiple case study using mixed methods*. BMC family practice, 17, 99 <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0503-2>

Schiff, M. (2012). The role of nurse practitioners in meeting increasing demand for primary care. *National Governors Association Center for Best Practices*.

Schlegel, V. (2023) *Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien*. Irdes, Cresppa-CSU n° 588 <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/588-une-analyse-du-deploiement-des-infirmieres-en-pratique-avancee.pdf>

Schober, M. (2015). *Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée: une étude ethnographique*. Revue francophone internationale de recherche infirmière, 1(2), 71-77. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%

Schwingrouber, J. (2021). *Implantation et évaluation de la pratique avancée en France: comment accompagner les acteurs de santé dans leurs projets d'implantation et d'évaluation de la pratique avancée infirmière?* (Doctoral dissertation, Aix-Marseille). <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>

Sibbald, B. (2009) *“Politiques et organisations des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ?”* <https://www.irdes.fr/recherche/colloques-et-workshops/prospere-politiques-et-organisation-des-soins-primaires-21-octobre-2009/programme.pdf>

SIDIEF (2018): *Vers un consensus au sein de la francophonie* <https://sidiief.org/wp-content/uploads/2019/07/2018-Pratique-infirmiere-avancee-PDF.pdf>

UNAPL: <https://unapl.fr>,

UNIPA/ Etat des lieux des IPA et IEPA 2022: <https://unipa.fr/etat-lieux-ipa-et-iepa/>

Van der Biezen, M., Wensing, M., Poghosyan, L., van der Burgt, R., & Laurant, M. (2017). *Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study*. BMC health services research, 17(1), 589. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2548-x>

Véran, O. (2013). *Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public*. Les Tribunes de la santé, 39, 77-85 <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/seve.039.0077>

Vergier, N. Chaput, N (2020) *Déserts médicaux: comment les définir? Comment les mesurer ?* Les dossiers de la DREES, 17.

Vernay, M., Bonaldi, C. & Grémy, I. (2015). Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. *Santé Publique*, 1, 189-197. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/spub.150.0189>

Warnet , S.(2011) entretien avec Christophe Debout , enseignant chercheur à l’EHESP – *Les pratiques avancées infirmières contribuent à la construction d’une stratégie interdisciplinaire* La revue de l’infirmière EM Consulte
<https://www.em-consulte.com/article/684737/entretien-avec-christophe-deboutc-enseignant-chercheur>

What’s up doc: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/temps-medical-de-quoi-parle-t> .

World Health Organization, *Conférence internationale sur les soins en santé primaires*:
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

Table des figures

-Fig. 1, p 13:

<https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589-syn.pdf>

- Fig. 2 p 18:

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-auxiliaires-medicaux-liberaux-departement>

- Fig. 3 p 22:

<https://www.ameli.fr/aube/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>

- Fig. 4 p 27:

-Aghnatiou, M., Darloy, T., Gasparovicova, M., Dictor, J., Drouot, C., Gasperini, F., & Bouchez, T. (2021, December). *Soins infirmiers en pratique avancée: représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires*. In 21ième Collège National des Généralistes Enseignants.

-Fig. 5: (Perrin, 2023)

<https://publicationtheses.unistra.fr/public/theses>

Table des matières

Préambule	1
I. Introduction	2
A. Etat des lieux de la profession à l'étranger.....	2
1. Pourquoi cette profession, des attentes, une réponse à des besoins identifiés.	2
2. Vers une définition commune de la pratique avancée.....	4
3. Le modèle Hamric comme référence	4
B. Création de la profession en France	5
1. Un contexte	5
2. Les soins primaires.....	8
C. Le métier d'IPA en France	10
1. Un métier récent	10
2. Un processus long	10
3. Formation, champ de compétence et modes d'exercice de l'IPA.	11
4. IPA, premiers chiffres officiels	12
5. Quelle motivation pour la pratique avancée ?	13
6. La spécificité du libéral	14
D. Des difficultés / les premières difficultés	16
1. Un premier bilan de la pratique avancée à l'étranger.....	16
E. Les IPA libérales.....	18
1. la confrontation au terrain malgré des politiques gouvernementales favorables	18
2. Accueil mitigé par les autres professionnels	19
F. Médecins généralistes et IPAL : une relation complexe.....	19
1. Avantage perçu pour la pratique avancée	20
2. Les freins à la collaboration : de nombreuses peurs.....	20
II. Question de recherche.....	22
III. Méthode	24
A. Choix de la méthode et procédure de recrutement	24
B. Critères d'inclusion et de non-inclusion	24
C. Retranscription des données	24
IV. Résultat	25
A. Caractéristiques de la population interviewée	25
B. Présentation des résultats.....	25
1. Motivation à entreprendre des études d'IPA.....	25

2. Viabilité de l'exercice en pratique avancée libéral	26
3. Méconnaissance sur la pratique avancée.....	28
4. Peur d'une perte financière et de concurrence	28
5. Ego, susceptibilité	29
6. Intérêt du médecin pour la pratique avancée.....	29
7. Informer et rassurer	30
8. La complémentarité, la plus-value infirmière	31
9. La relation de confiance médecin généralistes /IPAL.....	32
10. L'ETP une mission clivante	33
11. Libérer du temps medical	33
V. Discussion	35
1. Résultats principaux	35
2. Discussion	35
B. Forces et limites de l'étude	48
C. Perspective, prémices d'une future recherche	49
Conclusion	50
Références bibliographiques	51
Table des figures.....	58
Table des matières	59
Annexes	61

Annexes

La retranscription des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire sont disponibles via le lien suivant :



<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/JTgq5NaofECq4RN>

Guide d'entretien pour le mémoire de recherche :
L'implantation des infirmières en pratique avancée en libéral : Une étude qualitative.

- ✓ Quel est votre genre ?
- ✓ Quel est votre âge ?
- ✓ Depuis combien d'années êtes-vous infirmier-e ?
- ✓ Actuellement, exercez-vous en tant qu'infirmier-e de pratique avancée libérale ?
 - Oui
 - non
- ✓ Quelle est / était votre secteur d'exercice : rural , semi rural, urbain ?
- ✓ Etes-vous /Etiez-vous en EPS ? CPTS ou MSP ?
- ✓ Aviez-vous une expérience du libéral avant l'obtention de votre diplôme d'IPA ?
Si oui , de quoi s'agissait-il ?
- ✓ Pour quelles raisons avez-vous choisi de vous former à la pratique avancée ?
- ✓ Avec combien de médecin généraliste collaborez-vous / avez-vous collaborez ?
- ✓ Comment avez-vous rencontré les médecins généralistes avec lesquels vous collaborez / avez collaboré ?
- ✓ En quoi consiste / consistait votre activité d'infirmier-e en pratique avancée libérale ?

Relances :
Comment s'organise / s'organisait votre activité ?

3

- ✓ Quelles missions les médecins généralistes vous confient-ils /vous ont-ils confié ?

Relances :
Quels profils de patients vous adressent/adressaient -ils ?

- ✓ Pensez-vous que certains éléments ont pu favoriser votre collaboration lors de votre implantation auprès des médecins généralistes ?
Si oui , quels sont/étaient-ils ?
- ✓ Avez-vous rencontré des difficultés avec les médecins généralistes lors de votre installation en tant qu'infirmier-e de pratique avancée libérale ?
Si oui, quelles étaient-elles ?

Relances :
Comment cela a-t-il été géré ?
Comment cela a-t-il évolué ?

- ✓ Rencontrez-vous /Avez-vous rencontré des difficultés dans votre collaboration avec les médecins généralistes avec lesquels vous exercez /avez exercé ?
Si oui, quelles sont-elles ?

Relances :
Comment cela est-il géré / a-t-il été géré ?
Comment cela évolue -t-il / a-t-il évolué ?

Mémoire de recherche :

L'implantation des infirmier-e-s en pratique avancée auprès des médecins généralistes

Formulaire de consentement libre et éclairé (étude qualitative)

Pour participer, il faut accepter les termes suivants :

1. Vous avez reçu une lettre d'information et vous en avez pris connaissance.
2. Vous avez bien compris les informations concernant l'objectif de la recherche, votre participation, ainsi que les éventuelles contraintes et consentez librement à y participer.
3. Vous conservez tous vos droits garantis par la loi et vous êtes libres de vous retirer à tout moment en informant Pauline Justin ou une des responsables de l'étude.
4. Vous acceptez que les données recueillies fassent l'objet d'un traitement informatisé, en sachant qu'elles seront anonymisées et strictement confidentielles. Vous n'autorisez leur consultation que par les responsables de l'étude et les collaborateurs.
5. Vous avez pu poser toutes les questions souhaitées et obtenu des réponses.

Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

consent librement et de façon éclairée à participer à cette étude.

Oui

Non

<p>Elodie Richard Etudiante IPA 2ème année elodie.richard2.etu@univ-lille.fr Tél : 0687015602</p>	<p>Pauline Justin Directrice de mémoire Psychologue et doctorante paulinejustin@hotmail.fr Tél. : 06 59 09 74 70</p>
<p>Faculté de médecine Henri Warembourg Avenue Eugène Avinée 59120 Loos</p>	
 <p>Université de Lille</p>	

Abstract

The implementation of the district Advanced Practitioner Nurses:

KEYWORDS:

Advanced practitioner nurse (APN), General Practitioner, Implementation, Liberal exercise.

BACKGROUND:

Today, barely ninety-five liberal APNs work with liberal practitioners in France. The French government and its public health policy support this deployment. Despite this, APNs are struggling to find their place in the liberal sector whether in rural or urban areas.

Most of these APN work in multidisciplinary health centers or primary care teams. They exceptionally collaborate with general practitioners working alone. Without referral from the general practitioners, the economic situation of the liberal APN is not sustainable.

The experiences of foreign countries where advanced practice has been experimented for several years give us insight into the challenges faced by APN. In France, the first studies focused on the representations of general practitioners, notably how these representations influence this collaboration.

To date, no study has looked at the opinion and considerations of general practitioner working alone regarding a possible collaboration with liberal APN.

METHOD:

This study explores the obstacles and facilitating elements for the implementation of an APN among liberal general practitioners.

It is a qualitative exploratory study carried out with APNs who work or have worked with general practitioners in France.

EXPECTED RESULTS

Advanced practice nurses still encounter difficulties during their implementation. General practitioners are unaware of advanced practice and are worried. Nurses must be complementary to gain the trust of doctors. More effective communication from the government would help these Advanced practitioner nurse find their place with general practitioners

DISCUSSION

This research aims to promote advanced practice nurse skills and provide suggestions to encourage the collaboration between liberal general practitioners and liberal APNs.

Résumé

L'implantation des Infirmières en pratique avancée libérale :

MOTS CLEFS

Infirmier de pratique avancée (IPA) , Médecin généraliste, Implantation, Exercice libéral

CONTEXTE

A ce jour, environ 95 infirmières en pratique avancée exercent auprès de médecins généralistes en France. Le gouvernement français et les politiques de santé sont favorables au déploiement de la pratique avancée. Malgré cela, les IPA peinent à trouver leur place auprès des médecins généralistes que ce soit dans les secteurs urbains ou ruraux.

La majeure partie d'entre elles exercent dans les MSP. Elles travaillent exceptionnellement auprès d'un seul médecin. Sans la collaboration avec les médecins généralistes, l'exercice en pratique avancée n'est pas viable.

L'expérience des pays étrangers où la pratique avancée est installée depuis plusieurs années nous donne un aperçu des défis rencontrés pour l'instauration de la pratique avancée. En France, les premières études se sont intéressées aux représentations des médecins généralistes et en qui elles influencent cette collaboration. A ce jour, aucune étude ne s'est intéressée au vécu des IPA libérales.

METHODE

Cette étude explore les éléments facilitateurs et les freins à l'implantation des IPA libérales auprès des médecins généralistes. Il s'agit d'une étude qualitative auprès d'IPA exerçant ou ayant exercé en secteur libéral.

RESULTATS ATTENDUS

La pratique avancée continue à rencontrer de nombreuses difficultés pour s'implanter. Les médecins généralistes méconnaissent la pratique avancée et se montrent inquiets. Les IPA doivent se montrer complémentaires pour gagner la confiance des médecins. Une communication plus efficace de la part du gouvernement pourrait aider les IPA à trouver leur place auprès des médecins généralistes.

DISCUSSION

Cette recherche a pour but de promouvoir les compétences et des IPA et de rechercher des éléments pour favoriser l'implantation des IPA libérales auprès des médecins généralistes.