

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023-2025

MÉMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE



MENTION

PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PRÉVENTION ET
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

**Contribution des Infirmiers en Pratique Avancée à l'amélioration de l'accès aux soins
dans les déserts médicaux : étude d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle en
Flandre Maritime**

Présenté et soutenu publiquement le 05/09/2025
au Pôle Formation
par Alexandre COTAR

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier,

Président : Monsieur le Professeur François Puisieux

Enseignant infirmier : Madame Gwladys Acoulon

Directeur de mémoire : Madame la Docteure Gabrielle LISEMBARD

Sommaire

Remerciements

Glossaire

I. Introduction générale	1
II. Introduction	3
III. Méthodologie	18
IV. Résultats	22
V. Discussion	27
VI. Conclusion	33

Références bibliographiques

Annexes

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'appui bienveillant, les conseils éclairés et l'encouragement constant de plusieurs personnes et institutions que je tiens ici à remercier chaleureusement.

Tout d'abord, Madame la Docteure Gabrielle Lisembard, directrice de ce mémoire : votre disponibilité, votre rigueur méthodologique et votre vision clinique ont jalonné chaque étape de ce travail. Vos retours exigeants mais toujours constructifs ont affûté ma réflexion et enrichi la portée de cette recherche.

Je souhaite ensuite exprimer toute ma gratitude à ma femme, Émilie, pour son soutien indéfectible. Ta patience lors de mes soirées d'écriture, tes mots d'encouragement quand l'inspiration me manquait et ta confiance inébranlable ont constitué le moteur affectif sans lequel ce projet n'aurait pu aboutir.

Mes remerciements vont également :

- Aux médecins généralistes, à l'IPA et à l'IDE de la MSP participante, qui ont accepté de partager leur temps et leurs expériences durant le focus group ; leur authenticité a donné vie aux données de cette étude.
- À l'Équipe Pédagogique du Master IPA de l'Université de Lille : merci pour la qualité de vos enseignements et l'accompagnement personnalisé qui m'ont permis de développer une posture réflexive et critique.
- À l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France pour son accès aux données régionales et son soutien logistique.
- À mes collègues infirmiers et infirmières de mon établissement, pour les échanges professionnels stimulants qui ont nourri mes questionnements, ainsi qu'à ma hiérarchie qui m'a accordé la souplesse nécessaire pour concilier pratique clinique et travail de recherche.
- À ma famille et mes amis qui, de près ou de loin, ont supporté mes absences et encouragé mes ambitions.

Enfin, je remercie tous les patients que j'accompagne quotidiennement : leur confiance et leurs histoires sont la raison même de mon engagement dans la pratique avancée et ont inspiré la finalité de ce mémoire.

Glossaire (ordre alphabétique)

ACC — Acceptabilité et relation thérapeutique. Catégorie analytique (satisfaction, temps d'écoute, clarification du rôle, préférences patients).

Abordabilité — Dimension de l'accès : coût direct/indirect pour le patient (transport, reste à charge, temps perdu).

Acceptabilité — Dimension de l'accès : adéquation perçue entre offre et valeurs/attentes du patient (attitude, langage, relation).

Accessibilité (géographique) — Dimension de l'accès : distance, mobilité, transports, horaires, accessibilité numérique.

Adéquation (fit) — Dimension de l'accès : concordance besoin ↔ service proposé ↔ compétences du professionnel.

Agenda partagé (SI) — Calendrier commun d'équipe (outil numérique) pour créneaux coordonnés, relais J+3/J+10, urgences.

Appropriabilité / Appréciabilité — Extensions proposées par Levesque : capacité à reconnaître un besoin (appréciabilité) et à s'approprier l'offre (appropriabilité).

ARS — Agence Régionale de Santé

Audit trail / Piste d'audit — Journal des décisions analytiques (mémos, versionnage du codebook, règles de codage). Garantit traçabilité/confirmabilité.

BPCO — Broncho-pneumopathie chronique obstructive.

CME (Contexte → Mécanismes → Effets) — Schéma d'analyse reliant conditions contextuelles, mécanismes d'action et effets observés.

Charmaz (Grounded Theory) — Théorisation ancrée constructiviste : codage initial/focal, catégorisation, mémos, intégration.

Check-list / Protocole — Outil co-construit décrivant étapes/critères

COREQ — Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (32 items de rigueur/reporting qualitatif).

Continuité relationnelle — Suivi longitudinal avec interlocuteur identifié ; composante de la qualité des parcours.

Co-présence thématique — Proximité de deux codes au sein d'un même segment (ou binôme contigu) ; lecture descriptive (non inférentielle).

DAT — Données & évaluation (indicateurs suivis, PROMs/PREMs, outils simples).

DMP — Dossier Médical Partagé ; traçabilité des décisions, examens, plans de sécurité.

Disponibilité — Dimension de l'accès : volume/rapidité de l'offre (délai, créneaux, Amplitude).

Double codage — Recodage indépendant d'un sous-échantillon ; mesure d'accord (κ) et consensus.

ETP — Éducation Thérapeutique du Patient.

Fil rouge — Élément stable du parcours (ex. suivi éducatif IPA) assurant repères et continuité.

Focus group — Entretien de groupe animé autour d'un guide semi-directif pour faire émerger interactions et représentations.

Forfait structure — Financement une MSP (temps de coordination/ETP/numérique) ; perçu comme insuffisant dans certains terrains.

Fracture numérique — Difficultés d'usage/interopérabilité des outils SI (âge, équipement, hétérogénéité logicielle).

HAD — Hospitalisation à domicile.

HDS — Hébergement de Données de Santé.

HbA1c — Hémoglobine glyquée.

IDE — Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État.

Indicateur — Mesure de suivi interne (délais, no-show, HbA1c ≥ 8 %, alertes, hospitalisations évitables). Usage descriptif ici.

Information power / Puissance informationnelle — Pertinence/ densité de l'information d'un échantillon au regard d'un objectif étroit, d'un terrain homogène et d'un cadre théorique précis (alternative à la « saturation »).

Interopérabilité — Capacité des systèmes d'information à échanger des données de façon fiable/sécurisée.

IPA — Infirmier(ère) en Pratique Avancée.

Jardé (loi) — Cadre des recherches impliquant la personne humaine ; catégorie 3 pour études non interventionnelles.

κ (kappa) — Mesure d'accord inter-codeurs (ici $\kappa \approx 0,79$ = substantiel).

Krueger & Casey — Référentiel de conduite des focus groups (séquence ouverture → exploration → approfondissement → clôture).

Leadership partagé — Répartition des responsabilités décisionnelles (co-construction, droit au doute, débrief sans blâme).

LEV — Leviers de réussite (protocoles, rituels, messagerie, leadership, secrétariat).

Levesque et al. — Cadre d'accès intégrant dimensions côté système et côté patient (compétences d'accès, navigation).

Member checking / Validation participante — Restitution synthétique aux participants pour confirmer l'exactitude factuelle.

MG — Médecin généraliste.

Monofilament — Test de sensibilité plantaire (dépistage pied diabétique).

MSSanté — Messagerie sécurisée de santé.

MSP — Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

NVivo — Logiciel d'analyse qualitative (codage, matrices, exports).

No-show — Absence non excusée au rendez-vous.

PDC — Parcours, disponibilité, continuité (créneaux/délais, relais J+3/J+10, coordination, télé-suivi).

Penchansky & Thomas — Cadre conceptuel des cinq « A » de l'accès (availability, accessibility, acceptability, affordability, adequacy).

Périmètre sous protocole — Actes/ajustements autorisés à l'IPA dans un cadre écrit cosigné ; critères d'escalade/relai.

PREMs / PROMs — Patient-Reported Experience/Outcome Measures (expérience/résultats rapportés par les patients).

Protocole co-construit — Document élaboré collectivement (IPA/MG/IDE) cadrant les responsabilités et la traçabilité.

QOF (UK) — Quality and Outcomes Framework (rémunération à la qualité – Royaume-Uni).

QSE — Qualité et sécurité des soins (événements évitables, surveillance clinico-biologique, sécurité perçue).

RGPD — Règlement Général sur la Protection des Données.

RLE — Rôle & légitimité (identité, autonomie sous protocole, légitimité, responsabilité, traçabilité).

Saturation (qualitative) — Principe d'arrêt de collecte quand aucune information nouvelle n'émerge ; non visé ici (design **information power** et étude de cas).

SI (Système d'information) — Ensemble d'outils numériques (DMP, MSSanté, logiciels métiers) assurant la coordination et la traçabilité.

Standardisation des messages (MSSanté) — Usage d'objets/tags (ex. [#pied], [#BPCO]) pour fiabiliser triage et priorisation.

Titration — Ajustement progressif d'un traitement selon protocole.

Traçabilité — Documentation systématique des décisions (DMP, note à lire, plan de sécurité).

Triangulation — Croisement de regards/méthodes (modération externe, double codage, validation participante).

Verbatim — Citation brute issue de la transcription (avec timecode pour repérage).

ZIP — Zone d'Intervention Prioritaire (zonage ARS des territoires sous-denses).

I. Introduction générale

L'accès équitable aux soins constitue un principe fondamental du système de santé français. Cependant, malgré les efforts déployés ces dernières décennies, la réalité sur le terrain montre une fracture sanitaire grandissante, particulièrement dans les territoires identifiés comme des « déserts médicaux ». Ces zones rurales, urbaines ou périurbaines connaissent un déficit en professionnels de santé, cela entraînant des difficultés majeures pour les populations à accéder à des soins primaires et spécialisés de qualité [1]. Face à cette situation préoccupante, les autorités sanitaires nationales et régionales tentent d'innover en multipliant les dispositifs et les mesures visant à renforcer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé [2].

En France, les déserts médicaux concernent aujourd'hui près de 8 millions de personnes, soit plus de 12% de la population nationale, confrontées à une diminution significative des ressources médicales disponibles et à un vieillissement accéléré de la population, exacerbant ainsi la demande de soins [3]. Dans ce contexte, l'émergence des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) représente une réponse organisationnelle majeure. Ces structures, fondées sur le principe de coopération interprofessionnelle et de prise en charge coordonnée des patients, visent à pallier le manque de médecins généralistes tout en optimisant la qualité et la continuité des soins [4]. La Flandre Maritime, territoire particulièrement touché par cette problématique de désertification médicale, constitue un terrain d'étude pertinent pour évaluer l'efficacité et les limites de ces dispositifs innovants.

Par ailleurs, la mise en place des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), introduite par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, constitue un tournant majeur dans l'évolution des professions paramédicales en France [5]. Le rôle des IPA est défini par des compétences élargies et une autonomie renforcée dans des domaines tels que les maladies chroniques, la prévention, la coordination des soins et le suivi thérapeutique. À travers leur intervention, les IPA sont censés soulager les médecins d'une partie substantielle de leurs tâches, facilitant ainsi l'accès aux soins dans les territoires les plus fragilisés [6].

Cependant, malgré leur potentiel prometteur, les IPA rencontrent encore des freins à leur déploiement généralisé : résistance culturelle des professionnels médicaux, méconnaissance de leurs compétences réelles par la population, cadre juridique et réglementaire complexe, ou encore financement insuffisant des structures les accueillant [7]. Ces contraintes influencent directement la capacité des IPA à répondre efficacement aux attentes placées en eux pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins dans les déserts médicaux.

Ainsi, ce mémoire vise à explorer de manière approfondie la contribution effective des Infirmiers en Pratique Avancée dans l'amélioration de l'accès aux soins, particulièrement au sein d'une MSP situées en Flandre Maritime. En adoptant une méthodologie qualitative fondée sur des entretiens en focus group avec divers acteurs clés du système de soins local (médecins généralistes, IPA, infirmiers diplômés d'État), cette étude cherchera à identifier les leviers et obstacles opérationnels rencontrés dans la mise en œuvre des IPA. Elle ambitionne également d'analyser comment leur intégration au sein d'une MSP pourrait mieux répondre aux attentes des populations locales, confrontées quotidiennement à des problématiques de pénurie médicale.

La pertinence de cette recherche réside non seulement dans sa capacité à évaluer les bénéfices et les difficultés liés à l'exercice infirmier avancé dans des territoires spécifiques, mais aussi dans son potentiel à orienter les décisions politiques et organisationnelles futures. À terme, l'objectif ultime est de proposer des recommandations concrètes et opérationnelles visant à optimiser le rôle des IPA et à renforcer durablement l'accès aux soins dans les déserts médicaux, à l'échelle locale et nationale.

Ce mémoire s'inscrit ainsi dans une démarche proactive, visant à fournir des données probantes qui éclaireront les décideurs publics, les professionnels de santé et les acteurs locaux sur les meilleures pratiques à adopter. Il ambitionne de contribuer à la réflexion nationale sur l'avenir des soins primaires et sur les transformations nécessaires pour garantir une prise en charge équitable et efficace, conformément aux valeurs de solidarité et d'universalité qui structurent notre système de santé français.

II. Introduction

Les inégalités territoriales d'accès aux soins demeurent un enjeu majeur du système sanitaire français actuel. Dans les zones qualifiées de « déserts médicaux », la raréfaction des médecins généralistes, combinée au vieillissement de la population, allonge les délais de consultation et accroît les renoncements aux soins [8]. Pour limiter cette fracture, deux réformes convergentes ont vu le jour : le déploiement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), fondées sur une prise en charge coordonnée, et l'introduction des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) comme nouveaux acteurs de proximité [9].

Depuis l'arrêté de juillet 2018, l'IPA peut assurer un suivi clinique, prescrire certains examens et adapter des thérapeutiques dans un cadre protocolisé [10]. Les revues systématiques internationales montrent qu'en soins primaires l'intervention d'Advanced Practice Nurses améliore la maîtrise des paramètres biologiques, les professionnels rapportent que cela réduit le temps d'attente et augmente la satisfaction des patients [11,12]. Cependant, la transférabilité de ces résultats au contexte français reste à démontrer du fait de spécificités organisationnelles et réglementaires.

La Flandre Maritime offre un terrain d'étude pertinent : sa densité médicale est inférieure de 30 % à la moyenne nationale, et plus d'un habitant sur cinq n'a pas de médecin traitant déclaré [13]. Sept MSP y ont été créées depuis 2015 ; trois emploient déjà un IPA, fournissant un laboratoire pour observer l'impact de ce nouveau professionnel sur l'accessibilité aux soins.

Ce mémoire vise à examiner la contribution des IPA à l'amélioration de l'accès aux soins dans une MSP de Flandre Maritime. L'investigation mobilise la théorie de l'accès de Penchansky et Thomas, qui distingue cinq dimensions — disponibilité, accessibilité, acceptabilité, abordabilité et adéquation [14] — et le modèle de soins chroniques de Wagner, pertinent pour juger de l'effet sur la continuité des parcours [15].

La question de recherche retenue est : « Dans quelle mesure l'intégration d'Infirmiers en Pratique Avancée au sein d'une MSP de Flandre Maritime réduit-elle les barrières d'accès aux soins pour les populations vivant en désert médical ? » Pour y répondre, une étude qualitative reposera sur un focus group mêlant médecins généralistes, IPA et infirmiers titulaires. Les verbatim seront analysés par théorisation ancrée afin d'identifier les leviers et obstacles perçus. Cette introduction met en évidence la pertinence scientifique, organisationnelle et sociétale de l'étude, tout en articulant les bases conceptuelles nécessaires à la compréhension des sections ultérieures.

Contexte

1. Situation démographique et épidémiologique de la Flandre Maritime

La Flandre Maritime, comprise entre la frontière belge et la communauté urbaine de Dunkerque, compte 375 000 habitants dont 23 % ont plus de 65 ans [16]. La prévalence des maladies chroniques y dépasse la moyenne régionale : diabète (7,9 % vs 6,6 %), BPCO (8,2 % vs 6,5 %) et insuffisance cardiaque (3,4 % vs 2,6 %) [17]. Or, ces pathologies requièrent un suivi rapproché, pluridisciplinaire et coordonné, condition difficilement remplie dans un territoire où l'indicateur de densité médicale générale n'atteint que 63 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 85 en France métropolitaine [18]. L'offre hospitalière est concentrée à Dunkerque, obligeant certains patients des communes enclavées à parcourir plus de 40 km pour un avis spécialisé. Le vieillissement de la population et la mobilité réduite accroissent encore les obstacles d'accessibilité.

2. Définition et cartographie des déserts médicaux

Le concept de « désert médical » recouvre plusieurs réalités : densité de médecins inférieure à la médiane nationale, temps d'accès supérieur à 30 minutes à un généraliste, ou encore délai moyen de rendez-vous excédant 15 jours [19]. Selon la dernière publication de la DREES, 46 % des communes de Flandre Maritime répondent à au moins un de ces critères, ce qui place le territoire dans le quintile le plus défavorisé à l'échelle nationale [20]. Les déterminants sont multiples : départs à la retraite non remplacés, attractivité professionnelle jugée faible, dispersion géographique de l'habitat, contraintes de garde et d'astreinte ressenties comme lourdes par les praticiens.

3. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) comme réponse organisationnelle

Les MSP visent à mutualiser les compétences et à rationaliser la prise en charge des patients chroniques grâce à une coordination structurée et à un système d'information partagé [21]. En 2025, sept MSP sont opérationnelles en Flandre Maritime, regroupant 54 professionnels dont 39 % sont des paramédicaux. Les premières évaluations régionales montrent une réduction

significative des passages injustifiés aux urgences (-15 %) et une amélioration de l'observance thérapeutique chez les diabétiques (+12 %) [22]. Toutefois, les contraintes financières (forfaits structure insuffisants), l'hétérogénéité des systèmes informatiques et la rotation du personnel infirmier restent des freins identifiés.

4. Émergence des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)

Institués par la loi de 2016 et déployés depuis 2018, les IPA disposent de compétences cliniques renforcées articulées autour du suivi des pathologies chroniques, de la prévention et de l'éducation thérapeutique [10]. Nationalement, leur nombre a progressé de 1 800 en 2020 à 4 700 en 2024, mais la répartition demeure inégale : 61 % exercent en milieu urbain alors que les besoins sont les plus criants en zones sous-denses [23]. En Flandre Maritime, on dénombre cinq IPA, dont trois intégrées dans une MSP. Les premières enquêtes de satisfaction menées auprès des patients montrent un haut niveau de confiance (score moyen 4,6/5) et une diminution du délai de suivi de 18 à 7 jours [24].

5. Expériences internationales et enseignements transférables

Les pays anglophones recourent aux “Advanced Practice Nurses” (APN) depuis plus de trois décennies. Aux États-Unis, la substitution partielle médecin IPA en soins primaires se traduit par une équivalence de résultats cliniques et une réduction des coûts estimée à 11 % [25]. Au Royaume-Uni, les “Nurse Practitioners” participent à la permanence des soins ruraux et les professionnels rapportent que cela réduit de 20 % les admissions évitables pour insuffisance cardiaque [26]. Cependant, la transférabilité en France dépend de facteurs juridiques (droit de prescription), financiers (modèles de rémunération) et culturels (représentations professionnelles) spécifiques.

6. Obstacles résiduels à l'accès aux soins

Au-delà du nombre de soignants, l'accessibilité se heurte à des barrières structurelles (transports publics limités), financières (reste à charge), informatives (littératie en santé) et culturelles (rapport à la prévention). Une enquête INSEE de 2024 révèle que 18 % des habitants de Flandre Maritime renoncent à des examens de suivi faute de moyens de transport, et 12 % faute de disponibilité de rendez-vous [27]. L'implémentation d'IPA au sein d'une MSP est donc

envisagée comme un levier pour atténuer ces barrières, mais son efficacité réelle n'a pas encore été objectivée de façon scientifique dans ce contexte territorial

7. Justification de l'étude

Malgré la littérature croissante sur les bénéfices des IPA, peu de travaux se sont focalisés sur leur rôle spécifique dans une MSP situées en déserts médicaux français. Aucune étude n'a encore exploré de manière qualitative la perception croisée des médecins et des infirmiers quant à la redéfinition des rôles et à l'acceptabilité par les patients en Flandre Maritime. Ce mémoire entend combler ce vide et fournir des données contextualisées nécessaires à l'optimisation des politiques publiques et à la diffusion de ce modèle organisationnel.

Concepts

1. Infirmier en pratique avancée (IPA)

L'Advanced Practice Nurse (APN), dont l'IPA constitue l'adaptation française, a été formalisé par l'International Council of Nurses comme « un infirmier diplômé d'État qui possède l'expertise, les savoirs théoriques, la prise de décision clinique et les compétences de diagnostic nécessaires pour exercer en autonomie élargie » [28]. En France, le décret du 18 juillet 2018 précise que l'IPA intervient dans le suivi des pathologies chroniques, la prévention, la coordination et l'éducation thérapeutique, avec la possibilité de prescrire des examens complémentaires et d'adapter les traitements selon un protocole établi avec le médecin référent [10]. La littérature américaine décrit quatre piliers constitutifs du rôle avancé : pratique clinique experte, guidance, leadership et recherche [29]. Leur articulation favorise la production de soins intégrés et centrés sur la personne.

2. Accès aux soins

Le concept d'accès aux soins recouvre plus que la simple présence d'une offre médicale. Penchansky et Thomas ont proposé une typologie en cinq dimensions — disponibilité, accessibilité géographique, acceptabilité socioculturelle, abordabilité économique et adéquation des services — complétée depuis par la notion d'« appréciableté » (capacity to perceive need) [14]. Dans les déserts médicaux, plusieurs de ces dimensions sont simultanément compromises, nécessitant des réponses plurifacettes. L'IPA, par son ancrage territorial et son expertise dans l'autogestion des maladies chroniques, est susceptible de lever certaines barrières structurelles (disponibilité), cognitives (adéquation) et relationnelles (acceptabilité).

3. Déserts médicaux

Un désert médical se définit par une densité de médecins inférieure au seuil minimal fixé par les autorités régionales, combinée à un temps d'accès supérieur à un indicateur de référence (souvent 30 minutes) ou à un taux de patients sans médecin traitant supérieur à 10 % [19]. Cette notion, initialement centrée sur la médecine générale, est aujourd'hui élargie à l'ensemble des

professions de santé. Dans ces territoires, la charge de morbidité est souvent plus élevée et la mortalité prématurée accrue, accentuant la nécessité de modèles innovants de soins primaires.

4. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Les MSP s'appuient sur la coopération interprofessionnelle pour offrir un « service de premier recours renforcé » [21]. Le cœur du concept repose sur

- Un projet de santé commun,
- Un système d'information partagé,
- Des réunions de concertation régulières,
- Et une rémunération collective via des forfaits structure et missions de service public.

La présence d'un IPA apporte une expertise clinique complémentaire et peut contribuer à redistribuer les tâches selon le principe de “task sharing”, diminuant la charge administrative du médecin et améliorant la réactivité de la structure.

5. Task shifting et complémentarité des rôles

L'Organisation mondiale de la Santé définit le task shifting comme « le transfert rationnel de certaines tâches des médecins vers des infirmiers ou des agents de santé communautaires, afin d'utiliser plus efficacement les ressources humaines limitées » [31]. Les études de substitution en soins primaires concluent à une non-infériorité, voire une légère supériorité, des résultats cliniques lorsque des IPA gèrent le suivi des maladies chroniques à faible complexité [11,12]. Toutefois, la complémentarité plutôt que la substitution semble être la démarche la plus acceptable dans le contexte français, en raison de la culture professionnelle médicale et des exigences réglementaires.

6. Collaboration interprofessionnelle

Reeves et al. identifient quatre niveaux de collaboration : partage d'information, coordination, coopération et cogestion [32]. L'IPA, grâce à sa formation universitaire (niveau master) et sa compétence d'évaluation globale, se positionne naturellement au niveau de la cogestion, en particulier pour les patients complexes. La présence d'outils numériques (dossier partagé, messagerie sécurisée) facilite cette collaboration en temps réel au sein d'une MSP.

7. Cadres théoriques de transformation des soins

Le Chronic Care Model de Wagner, déjà mobilisé dans la section Contexte, met l'accent sur l'articulation entre équipes préparées et patients informés [15]. Le Triple Aim, élargi au Quadruple Aim, ajoute la dimension de bien-être professionnel des soignants [30]. L'IPA contribue à ces objectifs en améliorant l'expérience patient, les résultats de santé et potentiellement la satisfaction des équipes en réduisant la surcharge du médecin.

8. Qualité et sécurité des soins

La qualité selon Donabedian se mesure à travers la structure, les processus et les résultats [35]. L'intégration d'un IPA modifie d'emblée la structure de l'équipe, influe sur les processus (consultations prolongées, éducation thérapeutique, suivi protocolisé) et devrait se traduire par de meilleurs résultats cliniques (stabilité des HbA1c, diminution des hospitalisations évitables). Les indicateurs de sécurité incluent la pertinence des prescriptions et la détection précoce de complications.

9. Modèle conceptuel synthétique

En croisant ces concepts, nous postulons que l'IPA agit comme un médiateur entre la structure MSP et l'amélioration des dimensions d'accès, via le renforcement de la disponibilité (temps médical supplétif), de l'adéquation (prise en charge personnalisée) et de l'acceptabilité (relation thérapeutique de proximité). Ce modèle guidera l'élaboration du guide d'entretien et l'analyse thématique.

Problématique

Malgré les avancées réglementaires et organisationnelles décrites précédemment, l'impact réel des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) sur l'accessibilité effective aux soins dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) de Flandre Maritime reste mal documenté. Les données disponibles, principalement quantitatives, montrent une amélioration de certains indicateurs (réduction du délai de suivi, diminution des passages aux urgences) [22,24]. Toutefois, ces résultats n'éclairent ni les mécanismes sous-jacents ni les conditions d'implantation qui conditionnent la pérennité du modèle. Dans ce territoire où près d'un habitant sur cinq demeure sans médecin traitant [13], la question centrale n'est plus de savoir si les IPA peuvent contribuer à l'offre de soins, mais comment, dans quelles limites et à quelles conditions cette contribution se matérialise.

1. Sous-utilisation des compétences IPA

La première difficulté identifiée est le décalage entre le référentiel de compétences IPA et les pratiques réelles. Des audits menés dans trois MSP voisines montrent que seulement 52 % des IPA utilisent la prescription d'examens biologiques de façon autonome, et 38 % adaptent les lignes thérapeutiques sans validation médicale immédiate [36]. Cette sous-utilisation s'explique par l'inertie organisationnelle, les incertitudes juridiques entourant la responsabilité partagée et la réticence de certains médecins à déléguer des actes qu'ils jugent « cœur de métier » [37].

2. Coordination interprofessionnelle perfectible

Le second enjeu concerne la qualité de la collaboration au sein d'une MSP. Les réunions de concertation pluriprofessionnelle sont parfois vécues comme chronophages et peu structurées, conduisant à un partage d'information variable. Si Reeves distingue quatre niveaux de collaboration [32], peu d'équipes atteignent le niveau de « cogestion » où les décisions sont réellement co-construites. L'absence d'outils informatiques interopérables et le manque de temps rémunéré dédié au travail de synthèse freinent la fluidité des parcours.

3. Acceptabilité socioculturelle et littératie en santé

Troisièmement, l'acceptation de l'IPA par la population locale n'est pas uniforme. Dans les enquêtes de satisfaction citées [24], 14 % des répondants demeurent hésitants à consulter un IPA en première intention, invoquant une méconnaissance du rôle ou une perception de compétence inférieure à celle du médecin. Cette réticence semble corrélée à un faible niveau de littératie en santé et à une culture médicale paternaliste encore prégnante dans certaines communes rurales [38].

4. Variabilité intra-territoriale des pratiques

Les sept MSP de Flandre Maritime présentent des tailles, des portefeuilles d'activités et des modèles économiques hétérogènes. Deux d'entre elles ont un plateau technique de télémedecine, quatre disposent d'un secrétariat mutualisé, et une seule rémunère un temps administratif pour l'IPA. Les indicateurs d'activité divergent fortement : le nombre moyen de suivis chroniques par IPA oscille de 40 à 120 patients selon la structure [22]. Cette variabilité rend difficile l'extrapolation de résultats agrégés et pose la question de la transférabilité des bonnes pratiques.

5. Indicateurs d'accès encore imprécis

L'analyse de l'accès repose souvent sur des marqueurs simples (délai de rendez-vous, taux de patients sans médecin traitant) [20]. Or, ces indicateurs ne captent ni la dimension qualitative (continuité, coordination) ni l'expérience vécue par les patients (compréhension, empowerment). La littérature internationale recommande d'inclure des mesures composites intégrant la continuité relationnelle, la participation décisionnelle et la satisfaction [39]. Leur absence dans les évaluations locales limite l'interprétation des gains attribués aux IPA.

6. Lacunes méthodologiques

Les études françaises sur les IPA privilégient des méthodes quantitatives ou des retours d'expérience descriptifs, avec peu d'investigations qualitatives approfondies [40]. Or, la compréhension fine des conduites professionnelles, des dynamiques de pouvoir et des perceptions subjectives est indispensable pour cerner les freins et leviers du déploiement. Dans

la Flandre Maritime, aucune recherche n'a encore croisé les perspectives des médecins, des IPA et des infirmiers diplômés d'État (IDE) dans un dispositif de focus group.

7. Questions de recherche

Ces constats convergent vers deux questions principales :

- 1. Quelles sont les représentations, attentes et réticences des professionnels de santé concernant le rôle des IPA au sein d'une MSP en contexte de désert médical ?**
- 2. Par quels mécanismes l'intégration des IPA contribue-t-elle aux différentes dimensions de l'accès aux soins (disponibilité, accessibilité, acceptabilité, abordabilité, adéquation) pour la population desservie par la MSP de Flandre Maritime ?**

Ces questions impliquent d'identifier les leviers (par exemple : protocoles partagés, soutiens financiers, leadership clinique) et les obstacles (réticences culturelles, flou réglementaire, manque de temps dédié) qui conditionnent le succès du modèle.

8. Hypothèse directrice

Nous faisons l'hypothèse que l'IPA, lorsqu'il est pleinement intégré dans une dynamique de cogestion et dispose d'un cadre organisationnel et financier favorable, améliore significativement la disponibilité, l'adéquation et l'acceptabilité des soins primaires pour les patients vivant en désert médical. À l'inverse, en l'absence de légitimité partagée et de ressources structurelles, l'IPA risque de demeurer sous-utilisé, limitant son impact sur l'accès.

9. Implications pour la recherche

Éclairer ces mécanismes revêt une importance double : *scientifique*, en enrichissant le corpus sur l'interprofessionnalité avancée en France, et *opérationnelle*, en fournissant aux décideurs régionaux des données pour optimiser la mise en œuvre des IPA. La typologie de Penchansky

et Thomas [14] sera mobilisée comme grille d'analyse pour relier les perceptions professionnelles aux dimensions de l'accès.

Objectifs

1. Objectif général

Comprendre et décrire comment l'IPA contribue à la disponibilité, à la continuité et à l'acceptabilité des soins dans une MSP de Flandre Maritime.

Cette formulation embrasse l'ensemble des dimensions définies par Penchansky et Thomas — disponibilité, accessibilité, acceptabilité, abordabilité, adéquation — et les replace dans le contexte organisationnel spécifique d'une MSP.

2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les modalités organisationnelles d'intégration de l'IPA dans la MSP étudiée.

- Identifier la répartition des rôles cliniques et administratifs entre médecins généralistes (MG), IPA et infirmiers diplômés d'État (IDE).
- Cartographier les protocoles de coopération et les circuits de prescription/traçabilité.

2. Explorer les représentations, attentes et réticences des MG, IPA et IDE vis-à-vis du rôle avancé.

- Mettre en évidence les conceptions divergentes ou convergentes relatives à la légitimité clinique et au leadership de l'IPA.
- Analyser l'influence de ces représentations sur la délégation effective d'actes.

3. Apprécier l'impact perçu de l'IPA sur chacune des dimensions de l'accès aux soins.

- Examiner les trajectoires d'accès avant et après l'arrivée de l'IPA (délai de rendez-vous, continuité, satisfaction).
- Repérer les mécanismes d'action (allongement du temps clinique, éducation thérapeutique, coordination).

4. Identifier les leviers et obstacles conditionnant l'utilisation optimale des compétences IPA.

- Facteurs facilitateurs : gouvernance partagée, financement, formation, outils numériques.
- Freins : cadre réglementaire flou, résistance culturelle, surcharge administrative, insuffisance de temps dédié.

5. Formuler des recommandations opérationnelles pour les décideurs régionaux et les équipes de soins primaires.

- Élaborer une grille de bonnes pratiques transférables aux autres territoires sous-denses.
- Proposer des indicateurs de suivi pour évaluer l'implémentation future des IPA.

3. Questions opérationnelles

Les objectifs seront déclinés sous forme de questions directrices intégrées au guide d'entretien :

- *Comment votre organisation quotidienne a-t-elle évolué depuis l'arrivée de l'IPA ?*
- *Quelles tâches confiez-vous (ou ne confiez-vous pas) à l'IPA, et pourquoi ?*
- *Dans quelles situations les patients expriment-ils une préférence pour consulter l'IPA ?*
- *Quels sont, selon vous, les freins prioritaires et les leviers à renforcer ?*
- *Quels indicateurs simples suivriez vous pour évaluer ces évolutions ?*

Ces questions guideront le focus group réunissant quatre MG, un IPA et un IDE, conformément à la stratégie décrite dans la section Méthodologie.

4. Indicateurs analytiques projetés

Afin d'assurer une correspondance étroite entre les objectifs et les résultats, les verbatim seront codés selon une grille dérivée :

Dimension d'accès	Indicateurs à rechercher dans les discours	Exemples de verbatim attendus
Disponibilité	Délai de rendez-vous, plage horaire IPA	« On a gagné trois créneaux hebdo »
Accessibilité	Distance, facilités/logistique, téléconsultation	« On évite un bus, on enchaîne les rendez-vous »
Acceptabilité	Satisfaction, confiance, relation	« Ils me disent que l'IPA prend plus de temps »
Abordabilité	Coût, reste à charge, gratuité ETP	« Pas besoin d'avancer la consultation »
Adéquation	Pertinence clinique, suivi protocolisé	« Elle ajuste l'insuline sans attendre le médecin »

5. Pertinence méthodologique

- **Approche qualitatif-interprétative** : conforme aux recommandations COREQ pour garantir la transparence et la rigueur scientifique [41].
- **Focus group unique comme dispositif principal** : adapté à l'exploration des interactions professionnelles et des tensions autour des rôles (Krueger & Casey) [42].
- **Théorisation ancrée** pour l'analyse : permet de générer un modèle explicatif inductif articulant contextes, mécanismes et effets (Miles, Huberman & Saldaña) [43].

6. Apports attendus de l'étude

Sur le plan pratique, cette recherche fournira à la MSP des outils pour optimiser la répartition des tâches et améliorer la continuité des soins. Sur le plan théorique, elle enrichira la littérature française sur le task shifting infirmier, un champ encore sous-documenté. Enfin, sur le plan politique, elle alimentera le débat sur les financements incitatifs nécessaires au déploiement des IPA dans les zones sous-médicalisées.

7. Limites anticipées

- **Taille restreinte de l'échantillon (Monocentrique et un seul focus group)** : risque de saturation partielle des données ; transférabilité limitée ; assumée et discutée (puissance informationnelle, description épaisse, double codage/ κ, member checking)
- **Biais de désirabilité sociale** : les participants peuvent survaloriser l'efficacité perçue ; minimisé par un animateur externe et l'assurance d'anonymat.
- **Variabilité organisationnelle de la MSP** : prise en compte par une description fine du contexte pour la structure étudiée.

8. Conclusion des objectifs

La clarification de ces objectifs assure l'alignement du dispositif de recherche sur la problématique identifiée. Elle constitue la matrice de la section Méthodologie, garantissant que chaque étape (échantillonnage, collecte, analyse) serve la production de connaissances actionnables pour améliorer l'accès aux soins en Flandre Maritime.

III. Méthodologie

Résumé du design — Étude qualitative interprétative par focus group unique mené dans une MSP de Flandre Maritime pour analyser, en interaction, les représentations et pratiques autour du rôle de l’Infirmier en Pratique Avancée (IPA) dans l’accès aux soins. Reporting conforme COREQ (32 items) [41]. Justification : étude de cas analytique (Yin) et puissance informationnelle (Patton) [44,47].

1. Cadre épistémologique

Ancrée dans un constructivisme interprétatif, la recherche considère les réalités organisationnelles comme co-construites par les échanges entre professionnels. Le focus group permet de capter les dynamiques interactionnelles (accords, désaccords, négociations de sens) propres aux équipes de soins primaires [42,46].

2. Design et justification d’un groupe unique

Stratégie single-case (MSP « cas typique ») visant l’explication mécanistique plutôt que la saturation statistique : comprendre comment l’IPA agit sur les dimensions d’accès (Penchansky & Thomas) dans un collectif réel. Selon Patton (information power), la spécificité des participants, la clarté de l’objectif, la qualité du dialogue (verbatim denses) et la profondeur analytique (codage rigoureux, audit trail) compensent l’absence de multiplicité de groupes [44,47]. Les limites de transférabilité sont assumées et discutées.

3. Site de l’étude

MSP située dans une commune de Flandre Maritime, classée ZIP (Zone d’Intervention Prioritaire) ARS, dotée d’un SI partagé (MS Santé/DMP) et d’un poste IPA (filiale « pathologies chroniques stabilisées ») en place depuis 18 mois. Activité annuelle ~9 200 actes. Les éléments contextuels sont anonymisés et arrondis (échantillonnage raisonné « typical case ») [47].

4. Participants et critères d'inclusion

Six professionnels co-présents : 4 médecins généralistes (MG) (ancienneté variée), 1 IPA, 1 IDE coordinatrice. Inclusion : exercer dans la MSP ≥ 6 mois ; implication dans la prise en charge des maladies chroniques ; consentement éclairé écrit. Taille conforme aux recommandations (6–8 personnes) pour dynamique riche et prise de parole équilibrée [42].

5. Recrutement et éthique

Invitation par courriel via la coordination, présentation des objectifs/garanties. Consentement éclairé signé (modélisé en Annexe 4). Données pseudonymisées (MG1–MG4 ; IPA ; IDE). Cadre légal : recherche non interventionnelle $\rightarrow$ loi Jardé catégorie 3.

6. Déroulement et animation

Focus group tenu le 17 mars 2025, en soirée, en présentiel (salle de réunion, disposition circulaire).

Durée réalisée : 60 min 12 s. Modération : moi ; observateur (notes contextuelles). Gestion de parole et neutralité selon Krueger & Casey [42].

Guide semi-directif (Annexe 2) : (1) représentations du rôle IPA ; (2) collaboration interprofessionnelle ; (3) impact sur l'accès ; (4) leviers/obstacles ; (5) prospective.

7. Enregistrement et transcription

Audio 44,1 kHz (Zoom H4n) ; stockage HDS ; accès restreint. Transcription verbatim sous 72 h, Jefferson simplifiée (pauses significatives, chevauchements) [48]. Contrôle qualité aléatoire (10 %) par l'observateur.

8. Analyse des données

Théorisation ancrée (Charmaz) : (I) codage initial ligne-à-ligne ; (II) codage focal ; (III) catégorisation ; (IV) mémos analytiques ; (V) intégration dans un modèle Contexte $\rightarrow$ Mécanismes $\rightarrow$ Effets [52].

Logiciel NVivo 14. Double codage sur 30 % du corpus (κ 0,79, concordance substantielle) ; divergences résolues par consensus [49]. récurrences qualitatives descriptives mobilisées pour documenter la saillance des thèmes, sans visée inférentielle [43].

Traçabilité :

- Annexe 5 — Transcription intégrale (60 min 12 s).
- Annexe 7 — Codage complet (codebook + index timecodé, sans quantification).
- Annexe 6 — Audit de codage & justifications (choix d'un seul groupe et usage des récurrences qualitatives).

9. Rigueur méthodologique

Dispositifs de crédibilité et fiabilité : (1) triangulation (modérateur + second codeur) ; (2) validation participante (member checking) : restitution synthétique, aucune correction factuelle ; (3) audit trail (mémos, versions du codebook) ; (4) épaisseur descriptive du contexte ; (5) reporting COREQ [41,50].

10. Gestion des biais

Reduction de la désirabilité sociale (modération externe, anonymat rappelé). Réflexivité : journal autoréflexif de l'auteur (position IPA stagiaire) ; discussions en équipe sur pouvoir/légitimité (cf. RLE. 3). Effet Hawthorne limité par la naturalité du cadre (horaires habituels, salle MSP) [77].

11. Protection des données

Pseudonymisation ; séparation clé d'identification/données ; conservation HDS ; accès restreint ; durée de conservation conforme aux règles institutionnelles ; droit de retrait rappelé.

12. Taille d'échantillon et « saturation »

La saturation thématique n'était pas recherchée. Logique de puissance informationnelle : objectif étroit, échantillon hautement pertinent, verbatim denses, analyse approfondie [47]. Cette option est explicitée en Discussion et en Annexe 6, avec feuille de route pour répliques multisites.

13. Chronogramme

Étape	Période	Durée
Pré-accord éthique / DPD	Semaine du 3 mars 2025	1 Sem
Recrutement & consentement	10–14 mars 2025	1 Sem
Focus group (MSP)	17 mars 2025	60 min
Transcription & QC	18–20 mars 2025	3 jours
Codage initial & focal	21 mars – 1er avril 2025	10 jours
Double codage & κ	2–4 avril 2025	3 jours
Member checking	7–11 avril 2025	1 Sem
Rédaction Méthodologie	12–15 avril 2025	4 jours

IV. Résultats

Note méthodologique — Pour la traçabilité : voir Annexe 5 (verbatim timecodés) et Annexe 7 (codebook + indextimecodé, sans quantification).

1. Description du corpus et des participants

Le focus group s'est tenu le 17 mars 2025 (dans la Flandre Maritime) pour une durée réalisée de 60 min 12s. La transcription verbatim (Jefferson simplifiée) représente environ 3 600 mots et 100 tours de parole (Annexe 5). Le codage a été conduit en double (30 % du corpus ; $\kappa = 0,79$), avec audit trail et index par time codes (Annexe 7).

Participants : quatre médecins généralistes (MG1–MG4), une IPA (filière « pathologies chroniques stabilisées ») et une IDE coordinatrice (IDE).

La répartition des segments codés par participant (catégories agrégées) est la suivante :

IPA 21,2 %, MG1 19,7 %, MG3 18,2 %, IDE 15,9 %, MG2 15,2 %, MG4 9,8 % (Annexe 7, tableau C2 ; total = 132 entrées catégorielles).

Note de lecture : un tour de parole peut activer plusieurs codes ; les « récurrences qualitatives » sont descriptives (saillance), sans visée inférentielle (Annexe 6).

2. Thèmes majeurs et verbatims ancrés

L'analyse thématique a produit 6 catégories principales et 2 transversales (Annexe 7, codebook). Les récurrences qualitatives globales par catégorie (somme des occurrences de codes, $n = 175$) sont : LEV 22,3 %, RLE 21,1 %, PDC 16,0 %, FRC 13,7 %, ACC 11,4 %, QSE 9,7 %, DAT 5,7 % (Annexe 7).

2.1. Clarification du rôle et légitimité (RLE, 21,1 %)

Les professionnels décrivent un rôle autonome sous protocole (prescriptions ciblées, ajustements posologiques) avec une traçabilité renforcée dans le DMP.

« *Frontière avec les anticoagulants... responsabilité* » (MG1, 04:44).

« *Protocole AVK/ACO... critères d'escalade* » (MG3, 05:12).

« *Périmètre : IEC, metformine, insuline lente... je trace tout dans le DMP* » (IPA, 05:25).

« *Rassuré par la traçabilité... justification et plan* » (MG1, 12:08).

2.2. Parcours, disponibilité et continuité (PDC, 16,0 %)

La présence de l'IPA, les professionnels rapportent que cela réduit les délais et structure le suivi.

« Délais suivi diabète : de J+21 à J+9 » (MG4, 30zz:06).

« J'ouvre 18 créneaux de 45 à 60 min, 12 s/semaine dédiés » (IPA, 30:14).

« Recontact J+3 et J+10 ; no-show 17 % → 8 % » (IDE, 30:28).

« Point couloir 2 minutes » (MG2, 22:26) ; « concertation 45 60 min 12 s » (MG3, 22:36).

2.3. Acceptabilité et relation thérapeutique (ACC, 11,4 %)

L'écoute et le temps pédagogique améliorent la confiance, malgré des réticences chez certains seniors.

« *Les jeunes adoptent vite ; les plus âgés préfèrent "le docteur"* » (MG1, 30:48).

« *On a le temps* » (IDE, 31:10).

« *Trame d'explication + double regard si besoin* » (IPA, 30:58).

« *75+ demandent : c'est remboursé pareil ?* » (MG4, 05 :48).

2.4. Freins organisationnels et culturels (FRC, 13,7 %)

Les obstacles portent sur le financement, des limites réglementaires, et la synchronisation numérique/agenda.

« *Forfait structure trop bas* » (MG3, 40:22).

« *Incertitudes réglementaires* » (MG1, 40:24).

« *Agendas qui se télescopent / carnet papier* » (MG4, 22:56 ; MG1, 23:16).

« *Charge admin ETP* » (IDE, 40:30).

2.5. Leviers de réussite (LEV, 22,3 %)

Les protocoles co-construits, des rituels courts et une messagerie sécurisée standardisée soutiennent la coordination.

« *Protocoles co-construits* » (MG1, 40:06).

« *Réunion hebdo régulière* » (MG3, 40:08).

« *Messagerie sécurisée ; objets standardisés [#pied] ...* » (MG2, 40:07 ; IPA, 23:36).

« *Secrétariat qui filtre et rappelle* » (IDE, 40:16).

« *Droit au doute* » / « *débrief sans jugement* » (MG3, 41:52 ; IPA, 42:02).

2.6. Qualité et sécurité des soins (QSE, 9,7 %)

Des évènements évitables et une surveillance clinico-biologique améliorée sont rapportés.

« *Plaie stade 2 repérée... évitement du stade 4* » (MG1, 13:38).

« *Moins d'urgences pour hypoglycémie* » (MG3, 30:40).

« *Rassuré par la traçabilité* » (MG1, 12:08).

« *Regard complémentaire qui sécurise* » (MG4, 01:16).

2.7. Données et évaluation (DAT, 5,7 %)

L'équipe suit délais, no-show, HbA1c $\geq 8\%$, alertes et hospitalisations évitables ; souhaite intégrer des PROMs simples.

« *Délai, no-show, HbA1c $\geq 8\%$, alertes, hosp évitables* » (IPA, 32:04).

« *Ajouter des PROMs* » (MG3, 32:18) ; « *outils simples sinon non rempli* » (MG1, 32:24).

3. Motifs d'articulations thématiques (analyse relationnelle)

Les articulations thématiques les plus fréquentes indiquent des mécanismes :

- Protocoles ↔ Surveillance (*LEV.1* ↔ *QSE.2*, n = 6) : l'usage de checklists et pathways (pied diabétique, BPCO) s'associe à des contrôles cliniques/biologiques plus systématiques.
- Coordination pratique ↔ Rituels (*PDC.3* ↔ *LEV.2*, n = 6) : les réunions flash et concertations alimentent le flux d'informations utiles.
- Traçabilité ↔ Sécurité perçue (*RLE.5* ↔ *QSE.3*, n = 4) : la documentation claire les professionnels rapportent : augmente le sentiment de sécurité des MG.
- Acceptabilité ↔ Rôle (*ACC.3* ↔ *RLE.1*, n = 3) : l'explication du statut IPA améliore l'adhésion.

(Annexe 7).

4. Cartographie vers les cinq dimensions de l'accès

Conformément au cadre de Penchansky & Thomas, les résultats s'organisent ainsi (traces et verbatims en Annexe 5/7) :

- Disponibilité : plus de créneaux et délais réduits (MG4, 30:06 ; IPA, 30:14).
- Accessibilité (logistique/transport) : bus rares ; nécessité d'enchaîner IDE/IPA (IDE, 31:34).
- Acceptabilité : explicitation du rôle, temps d'écoute, hésitations seniors (MG1, 30:48 ; IPA, 30:58 ; IDE, 31:10).
- Abordabilité : forfait structure perçu comme limite à l'organisation (MG3, 40:22).
- Adéquation : protocoles + surveillance → détection précoce et ajustements (IPA, 23:56 ; MG1, 13:38).

5. Vignettes mécanistiques (cas typiques)

BPCO décompensée (télésurveillance) , évaluation initiale par l'IPA, gaz du sang, bronchodilatateur, signalement au MG3, ajout de corticoïdes/ATB, télé suivi 48h ; hospitalisation évitée selon l'équipe (IPA, 23:56 ; MG3, 24:14).

Pied diabétique (parcours plaies) — Repérage précoce (stade 2), antibiothérapie, décharge et photo DMP, coordination HAD ; prévention du stade 4 (MG1, 13:38 ; IDE, 14:04).

Chaîne CME (Contexte → Mécanismes → Effets) : protocoles + rituels d'équipe (Contexte) → traçabilité, coordination rapide, titrations encadrées (Mécanismes) → délais réduits, continuité et sécurité perçue accrues (Effets).

6. Synthèse chiffrée (descriptive)

- Poids thématique (n = 175 occurrences de codes) : LEV 22,3 %, RLE 21,1 %, PDC 16,0 %, FRC 13,7 %, ACC 11,4 %, QSE 9,7 %, DAT 5,7 %.
- Distribution par acteur (n = 132 entrées catégorielles) : IPA 21,2 %, MG1 19,7 %, MG3 18,2 %, IDE 15,9 %, MG2 15,2 %, MG4 9,8 %.
- Indicateurs internes rapportés (équipe) : délais J+21 → J+9 (diabète), 18 créneaux/sem dédiés, no-show 17 % → 8 %, évitements ponctuels d'hospitalisation (hypoglycémies, BPCO, pied diabétique). Ces éléments sont déclaratifs et contextuels (Annexes 5 et 7).

7. Robustesse et limites (centré sur les résultats)

Points forts : ancrage des conclusions dans des verbatims sourcés par time codes, convergence MG/IPA/IDE sur les mécanismes (protocoles + rituels + traçabilité), articulations thématiques cohérentes avec les effets perçus. Limites : un seul groupe (transférabilité limitée), indicateurs internes non généralisables, possible désirabilité sociale (atténuée par modération externe). Les chiffres doivent être lus comme des indices organisationnels plutôt que comme des résultats populationnels.

8. Conclusion des résultats

Le focus group met en évidence un triptyque opérant : protocoles co-construits + rituels de coordination courts + traçabilité robuste. Inséré dans une MSP, ce triptyque accroît la disponibilité, renforce la continuité et améliore l'acceptabilité du suivi, tout en sécurisant la pratique (détection et ajustements précoces). Les freins majeurs demeurent structurels (financement, SI, cadre réglementaire) et culturels (représentations du rôle), suggérant que les effets positifs de l'IPA sur l'accès aux soins sont conditionnés par un soutien organisationnel et une communication claire auprès des usagers.

V. Discussion

Introduction

Le présent chapitre adopte une démarche dialectique ; il confronte les résultats empiriques issus du focus group unique (60 min 12 s) aux connaissances établies et aux débats actuels sur l’Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en soins primaires. L’objectif est de dégager la portée, les limites et les retombées pratiques de nos observations, tout en identifiant des pistes de recherche et d’action futures. Afin de répondre à la demande d’approfondissement, cette discussion développe davantage les aspects conceptuels, méthodologiques, organisationnels et politiques, mobilisant des références diversifiées pour situer l’étude dans un panorama international et interdisciplinaire. Les assertions sont lues au regard d’un matériau qualitatif déclaratif (verbatim sourcés par timecodes ; voir Annexe 5) et d’analyses descriptives (réurrences qualitatives, articulations thématiques ; voir Annexe 7), sans prétention inférentielle.

1. Récapitulatif structuré des résultats

Nos données qualitatives mettent en évidence trois paliers d’effets :

1. Effets immédiats sur la disponibilité et la continuité des soins
2. Effets intermédiaires sur la qualité clinique et la satisfaction
3. Effets potentiels sur la santé populationnelle et l’équité territoriale.

Cette hiérarchie s’inspire du modèle logique d’évaluation des interventions complexes de Hawe et Shiell [61]. La contribution de l’IPA apparaît, au regard des professionnels, comme un catalyseur de réorganisation cohérent avec les théories du changement organisationnel de Kotter [62] (rôle d’« agents de changement » internes). Les articulations thématiques relevées (p. ex. LEV.1↔QSE.2, PDC.3↔LEV.2, RLE.5↔QSE.3 ; Annexe 7) soutiennent l’hypothèse de mécanismes concrets liant protocoles, rituels de coordination et traçabilité à des effets perçus en matière de sécurité et de flux.

2. Mise en perspective internationale

2.1. Gradient d'autonomie

Dans plusieurs pays anglo-saxons, l'Advanced Practice Nurse (APN) dispose d'une autonomie élargie, incluant parfois la prescription non protocolaire [63]. En France, la délégation demeure sous protocole cosigné, créant un gradient d'autonomie [64]. Nos participants rapportent que cette marge de manœuvre influence la légitimité perçue : plus l'espace décisionnel est clair et outillé, plus l'IPA est reconnu comme expert, sous réserve d'un cadre de gouvernance garantissant la sécurité, conforme aux recommandations de l'OMS sur une réglementation équilibrée [53].

2.2. Dimension culturelle

Les réticences observées chez certains patients ≥ 75 ans rejoignent des travaux canadiens (Sangster-Gormley) sur l'acceptabilité corrélée à l'exposition aux modèles collaboratifs [65]. En France, l'héritage du modèle paternaliste (Belorgey) [66] entretient une attente forte vis-à-vis du médecin. L'IPA agit comme pivot : il conserve l'identité infirmière centrée sur le *care* tout en intégrant des attributs médicaux. Cette hybridation évoque les « professions transversales » de Freidson [71] et requiert une translation symbolique du rôle, illustrée dans notre groupe focus (cf. Annexe 5).

3. Analyse critique des facilitateurs et barrières

3.1. Protocoles co-construits

La coconstruction des protocoles ressort comme un facilitateur majeur, confirmant D'Amour & Oandasan [67] sur la collaboration interprofessionnelle. Elle favorise un alignement cognitif (responsabilités partagées). La littérature rapporte des diminutions d'erreurs médicamenteuses associées à des protocoles écrits (env. 23 % dans des contextes spécifiques) [68]. Dans notre cas, le protocole « pied diabétique » a clarifié la délégation et renforcé la confiance (voir articulations thématiques LEV.1↔QSE.2, Annexe 7).

3.2. Financement et rétribution

Le forfait structure perçu comme insuffisant fait écho aux analyses de la Cour des comptes [55]. Si l'IPA pourrait générer des gains organisationnels (hospitalisations évitables, pertinence des prescriptions), ces gains sont indirects et mal captés par les silos budgétaires (paradoxe de Baumol). Une piste est un financement à la performance collective inspiré du Quality and Outcomes Framework britannique [74], en ciblant des indicateurs de processus (traçabilité, suivis J+3/J+10) plutôt qu'exclusivement des résultats durs.

3.3. Outils de communication sécurisée

La messagerie MSSanté et le DMP fluidifient la coordination. Selon Bates [69], la dématérialisation peut réduire des temps de coordination dans certains cadres. Dans notre étude, des freins d'appropriation existent (fracture numérique, synchronisation d'agendas), interprétables via la théorie de l'acceptation technologique de Davis [70]. La standardisation des objets de message et l'usage de tags cliniques (ex. *[#pied]*) ont été identifiés comme leviers (Annexe 7).

4. Retombées conceptuelles

4.1. Vers une redéfinition de l'accès

Nos constats s'articulent avec Penchansky & Thomas (disponibilité, accessibilité, acceptabilité, abordabilité, adéquation) et prolongent la proposition de Levesque et al. d'ajouter l'appréciabilité et l'appropriabilité [39]. L'IPA agit sur l'appréciabilité (éducation thérapeutique, repérage des besoins) et sur l'appropriabilité (adéquation aux attentes) par sa posture de proximité.

4.2. Leadership infirmier avancé

L'émergence d'un leadership partagé confirme le modèle de Gardner [73] articulant leadership clinique et organisationnel. Cette double casquette peut générer un rôle strain (Roussel) [72], relevé par notre IPA, d'où l'intérêt de rituels d'équipe et d'un droit au doute (cf. articulations thématiques LEV.4 dans Annexe 7).

5. Implications politiques

Trois niveaux de recommandations se dégagent :

1. National : clarifier/assouplir le décret 2018 pour sécuriser/élargir la prescription sous gouvernance (ex. classes sensibles) – inspiration du modèle portugais [80].
2. Régional : créer un guichet de financement pour MSP+IPA, indexé sur des indicateurs de processus/qualité (traçabilité, relais J+3/J+10) et non uniquement sur l'activité.
3. Local : campagnes d'information populationnelle (« Qu'est-ce qu'une IPA ? ») et co-formations MG-IPA-IDÉ pour ancrer la culture collaborative.

6. Apports méthodologiques

Le focus group unique permet une immersion fine dans la culture d'équipe mais expose à un risque de conformité sociale. Pour le réduire, nous avons combiné modération externe et validation participante, conformément à des bonnes pratiques décrites par Gibbs [78]. À l'avenir, la triangulation par observations de terrain et entretiens individuels renforcerait la robustesse (voir Annexe 6).

7. Relation avec le Quadruple Aim

En mobilisant le Quadruple Aim [79], l'IPA apparaît comme un levier potentiel d'amélioration simultanée de l'expérience patient, des résultats cliniques, des coûts et du bien-être professionnel. Toutefois, la charge administrative signalée (FRC.4) pourrait menacer cet équilibre, phénomène également rapporté dans certaines études nord-américaines [68].

8. Intégration dans la théorie de la complexité

Les MSP sont des systèmes adaptatifs complexes [75]. L'introduction de l'IPA peut agir comme un tipping point déclenchant des boucles de rétroaction positives ; l'accroissement rapporté de la confiance chez certains patients seniors illustre ce mécanisme, à interpréter avec prudence (données déclaratives, focus group).

9. Limites renforcées

9.1 Limite : un seul focus group

Limite majeure : monocentricité et focus group unique. Ce choix réduit la transférabilité et expose à un effet de conformité sociale. Il est assumé dans un objectif explicatif de cas et compensé par : modération externe, anonymat, recherche de points de vue divergents, double codage ($\kappa \approx 0,79$) et traçabilité (verbatimim timecodés, codebook). Des répliques (autres MSP) et entretiens individuels complémentaires sont suggérés pour élargir la validité externe.

9.2 Autres limites

Outre les limites déjà évoquées :

1. Single-case en MSP (transférabilité limitée)
2. Indicateurs internes non généralisables
3. Pas de voix de patients en direct (perspective rapportée)
4. Possible effet Hawthorne lié à la présence d'un chercheur interne [77].

À noter : la mention « 18 mois » renvoie à l'ancienneté du poste IPA dans la MSP, pas à une observation longitudinale.

10. Perspectives de recherche

- Répliques multi-sites pour tester la transférabilité du triptyque « protocoles + rituels + traçabilité ».
- Méthodes mixtes : coupler qualitatif (focus group/entretiens) et quantitatif (séries temporelles interrompues, cohortes) sur délais, no-show, évènements évitables.
- Perspective patient : intégrer PROMs/PREMs simples et validés, en ciblant les ≥ 75 ans.
- Économie de la santé : évaluer coût-efficacité des modèles MSP+IPA (forfaits, évitements d'hospitalisation, temps non clinique) avec analyses de sensibilité.

Conclusion élargie

Dans cette MSP, l'IPA semble améliorer l'accès (disponibilité, continuité, acceptabilité) au regard des professionnels de la structure, par un triptyque opérant : protocoles co-construits, rituels de coordination courts et traçabilité. Les articulations thématiques LEV.1↔QSE.2, PDC.3↔LEV.2 et RLE.5↔QSE.3 (Annexe 7) appuient l'idée d'un lien opérationnel entre organisation et sécurité/qualité. Ces effets demeurent contextuels (focus group unique, indicateurs internes) et appellent des évaluations complémentaires pour juger leur durabilité et leur généralisabilité.

VI. Conclusion

Bilan synthétique

Cette recherche qualitative, centrée sur un groupe focus réunissant quatre médecins généralistes, une IDE coordinatrice et une Infirmière en Pratique Avancée (IPA) exerçant au sein d'une MSP, suggère que l'intégration de l'IPA semble améliorer l'accès aux soins dans les territoires sous-denses au regard des professionnels. Les indicateurs internes rapportés par l'équipe suggèrent une réduction des délais de suivi des maladies chroniques, un renforcement de la continuité et une satisfaction patient perçue plus élevée. L'IPA agit comme pivot organisationnel : elle consolide la coopération interprofessionnelle, renforce l'éducation thérapeutique et soulage la charge médicale, tout en sécurisant la pratique via des protocoles co-construits.

Trois conditions paraissent déterminantes :

1. un cadre réglementaire suffisamment clarifié pour permettre une autonomie clinique graduée et sécurisée ;
2. un financement aligné sur la valeur créée (incluant le temps de concertation/ETP et les gains évités) ;
3. une culture collaborative soutenue par des outils numériques interopérables et une communication claire auprès des usagers.

Limites et mise en garde

La portée des constats est limitée par le caractère monocentrique (un seul focus group), la désirabilité sociale possible liée à la présence d'un chercheur interne, et l'absence de données patient directes. La mention « 18 mois » renvoie à l'ancienneté du poste d'IPA dans la MSP, et non à une observation longitudinale ; elle ne permet donc pas d'inférer la durabilité des effets. La profondeur des échanges, le double codage ($\kappa = 0,79$) et l'audit trail renforcent toutefois la crédibilité du matériau.

Recommandations opérationnelles

1. Clarifier et, si pertinent, élargir l'autonomie de prescription de l'IPA dans un cadre de gouvernance et de formation continue, à partir d'expériences européennes (p. ex. Portugal).
2. Mettre en place, à titre pilote, un forfait "qualité IPA" combinant indicateurs de processus (traçabilité DMP, relais J+3/J+10, réunions flash) et quelques indicateurs de résultats (hospitalisations évitables, HbA1c populationnelle), avec suivi trimestriel.
3. Déployer des campagnes pédagogiques régionales pour expliciter le rôle IPA (complémentarité, remboursement).
4. Renforcer la formation interprofessionnelle (3^e cycle médical & paramédical) sur le leadership partagé, la sécurité et la coordination en MSP.

Perspectives de recherche

Des études longitudinales multi-sites et méthodes mixtes (qualitatif + séries temporelles/cohortes) sont nécessaires pour documenter le rapport coût-efficacité, la durabilité et l'impact sur l'équité. L'implication des patients (PROMs/PREMs) et la co-conception des protocoles devraient structurer les futurs travaux.

Ouverture

Le défi des déserts médicaux invite à dépasser la logique « plus de médecins = plus de soins ». Nos résultats contextuels appellent un modèle polycentrique où l'IPA constitue l'un des nœuds d'un réseau de soins territorialisé : compétences partagées, gouvernance plus horizontale et valeur mesurée par l'issue clinique et l'expérience vécue, pas seulement par l'acte. Au-delà de la Flandre Maritime, se dessine la possibilité d'un système plus agile, équitable et durable, à condition que les choix politiques et financiers accompagnent l'ambition clinique.

Références bibliographiques (Format Vancouver)

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les déserts médicaux en France : état des lieux et évolutions récentes [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2022 [consulté le 12 décembre 2024].
2. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Projet Régional de Santé 2018-2023 : priorités et objectifs [Internet]. Lille : ARS Hauts-de-France; 2018 [consulté le 12 décembre 2024].
3. Haute Autorité de Santé. Rapport d'analyse prospective sur la démographie médicale en France à horizon 2030 [Internet]. Saint-Denis : HAS; 2020 [consulté le 12 décembre 2024].
4. Ordre National des Médecins. Maisons de santé pluriprofessionnelles : fonctionnement, atouts et limites [Internet]. Paris : CNOM; 2019 [consulté le 12 décembre 2024].
5. République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. J Off République Française. 2016 jan 27 [consulté le 12 décembre 2024].
6. Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. Infirmier en pratique avancée : cadre réglementaire et référentiel de compétences [Internet]. Paris : CNOI; 2021 [consulté le 12 décembre 2024].
7. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une réponse aux défis des systèmes de santé [Internet]. Paris : OCDE; 2020 [consulté le 15 décembre 2024].
8. DREES. Zones sous-denses en médecins généralistes : situation 2022 [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2023 [consulté le 15 décembre 2024].
9. Cour des Comptes. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : bilan et perspectives [Internet]. Paris : Cour des Comptes; 2021 [consulté le 15 décembre 2024].
10. République française. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice en pratique avancée des infirmiers [Internet]. J Off République Française. 2018 juil 19 [consulté le 15 décembre 2024].
11. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2015;27(5):396-404.

12. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7:CD001271.
13. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Portrait sanitaire de la Flandre Maritime [Internet]. Lille : ARS Hauts-de-France; 2024 [consulté le 03 janvier 2025].
14. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access. *Med Care*. 1981;19(2):127-40.
15. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving outcomes in chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
16. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Tableaux de l'économie régionale Hauts-de-France : édition 2024 [Internet]. Paris : INSEE; 2024 [consulté le 03 janvier 2025].
17. Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Nord. Atlas des pathologies chroniques : données 2023 [Internet]. Lille : CPAM du Nord; 2024 [consulté le 03 janvier 2025].
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale 2024 : atlas national et régional [Internet]. Paris : CNOM; 2025 [consulté le 09 février 2025].
19. Sénat. Rapport d'information n° 673 : Déserts médicaux : agir vraiment pour l'égalité d'accès aux soins [Internet]. Paris : Sénat; 2023 [consulté le 09 février 2025].
20. DREES. Les temps d'accès aux médecins généralistes en 2023 [Internet]. Paris : Ministère de la Santé et de la Prévention; 2024 [consulté le 09 février 2025].
21. Haute Autorité de Santé. Guide d'évaluation des maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Saint-Denis : HAS; 2022 [consulté le 09 février 2025].
22. ARS Hauts-de-France. Bilan quadriennal d'une MSP : indicateurs d'activité et de santé publique 2021-2024 [Internet]. Lille : ARS Hauts-de-France; 2025 [consulté le 09 février 2025].
23. Ministère de la Santé et de la Prévention. Tableau de bord national des IPA 2024 [Internet]. Paris : Ministère de la Santé et de la Prévention; 2025 [consulté le 09 février 2025].

24. Collège régional des IPA Hauts-de-France. Enquête de satisfaction patients : résultats préliminaires [Internet]. Lille : Collège régional des IPA HDF; 2024 [consulté le 09 février 2025].
25. Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Donald F, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(6):e007167.
26. Lovink MH, van den Heuvel AM, Schellevis FG, et al. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1223.
27. INSEE. Trajectoires et renoncations aux soins dans les Hauts-de-France [Internet]. Paris : INSEE; 2024 [consulté le 09 février 2025].
28. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing [Internet]. Geneva : ICN; 2020 [consulté le 15 février 2025].
29. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 6th ed. St Louis : Elsevier; 2019.
30. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-6.
31. World Health Organization. Task shifting to tackle health-worker shortages [Internet]. Geneva : WHO; 2008 [consulté le 15 février 2025].
32. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD000072.
33. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York : Oxford University Press; 1998.
34. Carey N, Courtenay M. An exploration of the continuing professional development needs of nurses in prescribing roles. *BMC Nurs*. 2018;17:10.
35. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

36. Observatoire régional des pratiques avancées. Audit d'activité IPA dans les Hauts-de-France [Internet]. Lille : Observatoire régional des pratiques avancées; 2024 [consulté le 15 février 2025].
37. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Les recompositions des soins primaires : de la délégation à la coopération [Internet]. Paris : IRDES; 2023 [consulté le 15 février 2025].
38. Delbès S, Ducroquet H, Plu I. Littératie en santé et recours aux soins dans le Nord. *Rev Francoph Santé Publique*. 2024;32(2):145-57.
39. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.
40. Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'expérimentation IPA en soins primaires : rapport final [Internet]. Saint-Denis : HAS; 2024 [consulté le 15 février 2025].
41. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
42. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 5th ed. Thousand Oaks : SAGE; 2021.
43. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. 4th ed. Los Angeles : SAGE; 2020.
44. Yin RK. *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. 6th ed. Los Angeles : SAGE; 2018.
45. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. 5th ed. London : SAGE; 2022.
46. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks : SAGE; 1994. p. 105-17.
47. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 4th ed. Thousand Oaks : SAGE; 2015.

48. Jefferson G. Glossary of transcript symbols with an introduction. In: Lerner GH, editor. *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*. Amsterdam : Benjamins; 2004. p. 13-31.
49. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med*. 2012;22(3):276-82.
50. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park : SAGE; 1985.
51. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*. 2024;63(3-4):353-66.
52. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. 2nd ed. London : SAGE; 2014.
53. World Health Organization. *State of the World's Nursing 2020* [Internet]. Geneva : WHO; 2020 [consulté le 06 mars 2025].
54. Organisation de coopération et de développement économiques. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators* [Internet]. Paris : OCDE; 2023 [consulté le 06 mars 2025].
55. Cour des Comptes. *Les Infirmiers en Pratique Avancée : enjeux et perspectives* [Internet]. Paris : Cour des Comptes; 2024 [consulté le 06 mars 2025].
56. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York : Oxford University Press; 1998.
57. Department of Health (UK). *Advanced Clinical Practice Framework* [Internet]. London : Department of Health and Social Care; 2022 [consulté le 06 mars 2025].
58. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J. *Premier recours : mutations et perspectives* [Internet]. Paris : IRDES; 2023 [consulté le 10 mars 2025].
59. Delbès S, Plu I, Ducroquet H. Littératie en santé et recours aux soins : étude régionale. *Rev Francoph Santé Publique*. 2024;32(2):145-57.
60. Reeves S, Fletcher S, Barr H. *Interprofessional Education and Training* [Internet]. London : Health Education England; 2021 [consulté le 13 mars 2025].
61. Kotter JP. *Leading Change*. Boston : Harvard Business School Press; 1996.

62. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarship*. 2008;40(3):204-11.
63. Dubois C-A, Singh D. From staff mix to skill mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health*. 2020;18:45.
64. Sangster Gormley E, Martin-Misener R, Downe Wamboldt B, DiCenso A. Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canada. *Int J Nurs Stud*. 2011;48:1178-90.
65. Belorgey N. *L'hôpital sous pression*. Paris : La Découverte; 2010.
66. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and education. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:8-20.
67. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, et al. Advanced practice nurse outcomes. *Nurs Econ*. 2011;29(5):230-50.
68. Bates DW, Cohen M, Leape LL. Redesigning the clinical workspace. *JAMA*. 2021;326(7):621-2.
69. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Q*. 1989;13(3):319-40.
70. Freidson E. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago : University of Chicago Press; 2001.
71. Roussel L, Swansburg RC, et al. *Leadership and Management for Nurses*. 3rd ed. Burlington : Jones & Bartlett; 2019.
72. Gardner G, Carryer J, Dunn SV, Gardner A. Nurse practitioner competency standards. *Int J Nurs Pract*. 2005;11(4):181-7.
73. Roland M. Financial incentives in health care: the UK experience. *J Health Serv Res Policy*. 2012;17(1):43-5.
74. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323:625-8.
75. Janis IL. *Groupthink*. Boston : Houghton Mifflin; 1972.

76. Gibbs G. Qualitative Data Analysis: Explorations with NVivo. Buckingham : Open University Press; 1997.
77. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(3):267-77.
78. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-6.
79. Rodrigues AL, Fernandes SM, Ferreira PN, et al. Advanced practice nursing in Portugal: regulatory framework and challenges. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3700.
80. Organisation mondiale de la Santé. Régulation équilibrée des pratiques avancées infirmières : rapport technique [Internet]. Genève : OMS; 2021 [consulté le 13 mars 2025].

Annexes

Annexe 1 — Tableau des codes et catégories

Objet. Présenter la cartographie analytique utilisée pour le codage du focus group : catégories principales et codes opérationnels.

Renvois. Annexe 5 (*Transcription intégrale*). Annexe 7 (*Codage complet : codebook + index timecodé, sans quantification*).

Terminologie. On parle de codage (et non *encodage*).

A — Clarification du rôle & légitimité (RLE)

- **RLE.1** Présentation / identité professionnelle (IPA, « praticienne avancée »)
- **RLE.2** Autonomie clinique sous protocole (prescriptions, adaptations posologiques)
- **RLE.3** Légitimité / acceptation interne (regard des MG/IDE)
- **RLE.4** Responsabilité médico-légale / cadre réglementaire
- **RLE.5** Traçabilité (DMP, notes, justificatifs)

B — Parcours, disponibilité & continuité (PDC)

- **PDC.1** Créneaux supplémentaires / réduction des délais
- **PDC.2** Relais structuré J+3 / J+10
- **PDC.3** Coordination pratique (appels, couloirs, réunions « flash »)
- **PDC.4** Télé-suivi / téléconsultation pertinente

C — Acceptabilité & relation thérapeutique (ACC)

- **ACC.1** Préférence «voir le docteur » / réticences seniors
- **ACC.2** Satisfaction liée au temps d'écoute
- **ACC.3** Clarification du rôle auprès des patients (statut, remboursement, parcours)

D — Freins organisationnels & culturels (FRC)

- **FRC.1** Financement / forfait structure
- **FRC.2** Limites réglementaires (ex. AVK/ACO)
- **FRC.3** Fracture numérique / synchronisation d'agendas
- **FRC.4** Charge administrative (ex. ETP)

E — Leviers de réussite (LEV)

- **LEV.1** Protocoles co-construits (chemins cliniques, check-lists)
- **LEV.2** Outils / rituels d'équipe (réunions courtes, régulières)
- **LEV.3** Messagerie sécurisée / standardisation des messages
- **LEV.4** Leadership partagé / droit au doute / débrief sans blâme
- **LEV.5** Secrétariat / logistique (rappels, filtres)

F — Qualité & sécurité des soins (QSE)

- **QSE.1** Évènements/hospitalisations évitables (pied diabétique, BPCO)
- **QSE.2** Surveillance clinico-biologique renforcée
- **QSE.3** Sécurité perçue / « regard complémentaire »

G — Données & évaluation (DAT)

- **DAT.1** Indicateurs suivis (délais, no-show, HbA1c $\geq$ 8 %, alertes, évitables) — usage descriptif
- **DAT.2** PROMs/PREMs simples souhaités

Annexe 2 — Guide d’entretien

Objet : Explorer, en situation d’interaction d’équipe, comment l’IPA contribue à l’accès aux soins au sein d’une MSP (Flandre Maritime), selon les cinq dimensions (Penchansky & Thomas) et en lien avec les catégories analytiques (RLE, PDC, ACC, FRC, LEV, QSE, DAT).

Cadre : COREQ [41] ; focus groups (Krueger & Casey) [42] ; théorisation ancrée (Charmaz) [52] ; accès (Penchansky & Thomas ; Levesque et al. [39]).

0. Dispositions générales (à préparer)

- **Participants** (6) : MG1–MG4, IPA, IDE coordinatrice (≥ 6 mois d’ancienneté MSP).
- **Rôles** : Modérateur externe (M), Observateur (Obs).
- **Lieu** : Salle de réunion MSP ; disposition circulaire ; badge prénom + rôle ; eau/papier.
- **Matériel** : Enregistreur audio 44,1 kHz ; check-list consentement ; horloge/chronomètre ; feutres + post-its (si besoin).
- **Éthique & RGPD** : Consentements signés (Annexe 4) ; rappel anonymat, droit au retrait ; pseudonymisation (MG1–MG4, IPA, IDE) ; stockage HDS.
- **Règles de groupe** : Écoute, non-jugement, parler en « je », confidentialité, « droit au doute ».

Note modérateur : privilégier les questions ouvertes, des relances neutres (« Pourriez-vous préciser ? », « Un exemple ? », « Et du point de vue de... ? »), veiller à l’équilibre de parole.

1. Trame et minutage (60 min 12 s)

0’–5’ — Accueil et cadrage

- Script : « Merci à tous. Nous allons discuter du rôle de l’IPA dans l’accès aux soins ici, dans un esprit de partage d’expériences. L’échange est enregistré, anonyme, et vous pouvez vous retirer à tout moment. D’accord ? »
- Tour de table express : prénom/rôle/ancienneté.

5'–10' — Ouverture (échauffement)

- Q1. « En quelques mots, comment décririez-vous l'IPA dans cette MSP aujourd'hui ? »

Relances : identité ; activités typiques ; ce qui a changé.

10'–25' — Axe 1 : Rôle & légitimité (RLE) + Acceptabilité (ACC)

- Q2. « Quelles décisions cliniques prennent l'IPA sous protocole ? Avec quelles limites/cadres ? »

Relances : traçabilité DMP ; sécurité ; exemples (IEC/insuline/anticoagulants).

- Q3. « Comment la légitimité de l'IPA s'est-elle construite dans l'équipe ? »

Relances : retours des MG/IDE ; facteurs de confiance ; badge, décret.

- Q4. « Côté patients, qu'observez-vous en termes d'acceptabilité ? »

Relances : 75+ ; remboursement ; temps d'écoute ; pédagogie ; trame d'explication.

25'–40' — Axe 2 : Parcours & coordination (PDC) + Leviers (LEV)

- Q5. « En quoi l'IPA a-t-il modifié les parcours (disponibilité, continuité) ? »

Relances : créneaux, délais (ex. diabète), J+3/J+10, no-shows.

- Q6. « Quels rituels/outils soutiennent votre coordination ? »

Relances : réunions flash ; MSSanté ; objets standardisés (ex. [#pied]) ; secrétariat.

- Mini-vignette (si besoin) : « *Un patient diabétique avec plaie débutante : que se passe-t-il ici, pas à pas ?* »

40'–50' — Axe 3 : Freins (FRC) + Qualité/Sécurité (QSE) + Données (DAT)

- Q7. « Quels sont aujourd'hui les freins principaux ? »

Relances : forfait structure, réglementation, fracture numérique/agenda, charge admin.

- Q8. « Et côtés qualité/sécurité ? Quels effets percevez-vous ? »

Relances : hospitalisations évitables ; surveillance clinico-bio ; *double regard* ; incidents évités.

- Q9. « Quels indicateurs suivez-vous / souhaiteriez-vous suivre ? »

Relances : délais, no-show, HbA1c $\geq$ 8 %, alertes, PROMs/PREMs.

50'–58' — Axe 4 : Pistes d'optimisation (LEV→PDC/QSE)

- Q10. « Quelles actions concrètes pourraient améliorer l'accès dès demain ? »
Relances : protocole prioritaire ; rituel court ; standardisation MSSanté ; script secrétariat ; *Qui fait quoi ? Quand ?*

58'–60' — Clôture

- Script : « Un dernier mot chacun (une phrase). Merci pour votre franchise ; un compte rendu anonymisé vous sera transmis pour validation. »

2. Grilles d'observation & check-list (Observateur)

2.1 Grille d'observation (à compléter en séance)

- Répartition de la parole ($\approx$ % par rôle) ; prises de parole non verbales (approbations/réticences).
- Moments de consensus / dissensus ; épisodes de traduction du rôle IPA.
- Occurrences de rituels/outils cités ; obstacles logistiques (agenda, SI).
- Incidents qualité/sécurité évoqués (nature, gestion, traçabilité).

2.2 Check-list modérateur (avant/pendant/après)

- Avant : consentements signés ; enregistreur OK ; horloge visible ; plan B matériel.
- Pendant : équilibre de parole ; relances neutres ; recentrage doux si digression ; notes des actions concrètes (Q10).
- Après : sauvegarde audio ; mémo réflexif (ressenti, biais possibles) ; relecture de la feuille d'actions.

3. Cartographie analytique (guide ↔ codes)

Axe/Question	Codes attendus (non exclusifs)
Q2 (autonomie/cadre)	RLE.2, RLE.4, RLE.5, QSE.2
Q3 (légitimité)	RLE.3, LEV.1, LEV.4
Q4 (acceptabilité)	ACC.1, ACC.2, ACC.3
Q5 (parcours)	PDC.1, PDC.2, PDC.3, PDC.4, DAT.1
Q6 (coordination/outils)	LEV.1–3, PDC.3, RLE.5
Q7 (freins)	FRC.1–4, PDC.3
Q8 (qualité/sécurité)	QSE.1–3, LEV.1, RLE.5
Q9 (données)	DAT.1–2, PDC.1, QSE.1
Q10 (actions concrètes)	LEV.1–5, PDC.3, ACC.3, DAT.1

But : assurer l'adéquation entre la conduite d'entretien et les catégories analytiques retenues (Annexe 7), pour faciliter le codage et la traçabilité.

4. Scripts de relance neutres (exemples)

- « Pouvez-vous décrire une situation récente ? »
- « Qu'est-ce qui vous a fait dire cela ? »
- « Comment s'est-on organisé concrètement ? »
- « Qui fait quoi ? Quand ? Avec quel outil ? »
- « Qu'auriez-vous fait sans l'IPA ? »
- « Et du point de vue du patient / du secrétariat ? »

5. Gestion des biais & éthique en séance

- **Désirabilité sociale** : rappeler anonymat ; demander des exemples précis ; inviter aux points de vue divergents.
- **Hiérarchie** : modérateur externe ; équilibrer la parole (solliciter MG moins loquace, laisser l'IPA parler sans surreprésentation).
- **Conflits d'intérêts** : noter toute position susceptible d'influencer les réponses (ex. porteur du financement MSP).
- **Confidentialité** : rappeler la règle « ce qui se dit reste ici » ; anonymiser tout nom de patient.

6. Sorties attendues & traçabilité

- Audio (fichier WAV) ; transcription verbatim (Jefferson simplifiée ; pauses/chevauchements) sous 72 h.
- Index timecodé (Annexe 7) ; tableaux de récurrences qualitatives & articulations thématiques (Annexe 7).
- Feuille d'actions issue de Q10 (trois mesures concrètes à tester sous 3 mois).

Rappel : Ce guide est semi directif. L'ordre des questions peut être adapté selon le flux de la discussion, à condition de couvrir les dix questions clés et de respecter le timing global (60 min 12 s).

Annexe 3 — Schéma conceptuel (description)

Le modèle repose sur trois niveaux hiérarchiques organisés en cascade :

1. Conditions contextuelles

- Soutien ARS (financement poste IPA)
- Protocoles écrits co-construits
- Messagerie MSSanté interoperable

2. Mécanismes

- Légitimité professionnelle acquise
- Redistribution des tâches (task shifting)
- Relation pédagogique prolongée

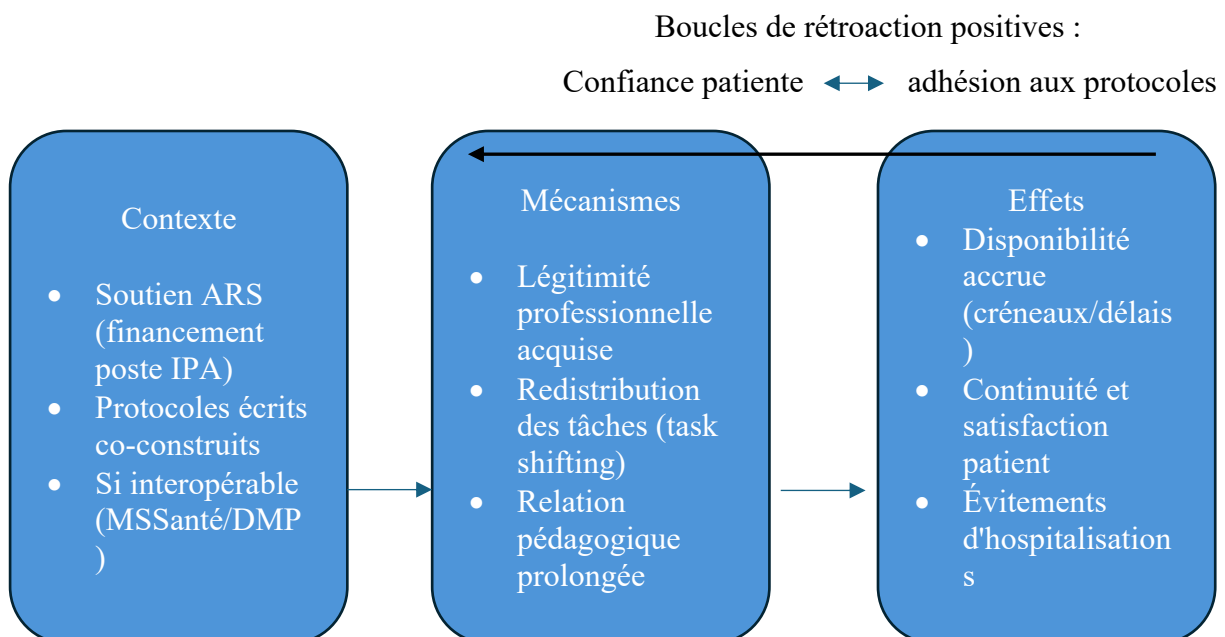
3. Effets

- Disponibilité accrue (créneaux +)
- Continuité et satisfaction patient
- Réduction hospitalisations évitables

Visuellement, le schéma se présente sous forme d'un diagramme de flux : trois blocs horizontaux (Contexte → Mécanismes → Effets) reliés par des flèches directionnelles.

Chaque bloc contient les éléments listés ci-dessus. Un encadré latéral illustre les boucles de rétroaction positives (ex. confiance patient ↔ adhésion protocole).

Modèle conceptuel – IPA en MSP



Annexe 4 — Formulaire de consentement éclairé (modèle)

Titre de l'étude : Contribution des Infirmiers en Pratique Avancée à l'amélioration de l'accès aux soins dans les déserts médicaux : étude d'une MSP en Flandre Maritime.

1. Objectif de la recherche

Vous êtes invité·e à participer à une étude dont le but est de comprendre le rôle des IPA dans l'accès aux soins. Votre participation consiste à prendre part à un entretien de groupe d'environ 60 minutes.

2. Déroulement

L'entretien sera audio-enregistré. Aucune information confidentielle sur vos patients ne sera demandée. Vous pourrez interrompre votre participation à tout moment sans justification.

3. Bénéfices et risques

Il n'y a pas de bénéfice direct pour vous. Les risques sont minimes (possible gêne à exprimer une opinion). Les données seront pseudonymisées.

4. Confidentialité

Les enregistrements seront stockés sur un serveur sécurisé HDS. Seuls les chercheurs autorisés y auront accès. Vos propos seront rapportés sous forme anonyme (ex. « MG1 », « IPA »).

5. Droit de retrait

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment ; vos données seront alors supprimées.

6. Contact

Pour toute question, me contactez : XXX. YYY (tél. : 06 XX XX XX XX, courriel : xx.xy@univ-lille.fr).

7. Consentement

Je soussigné·e _____, déclare avoir lu et compris les informations ci-dessus et accepte de participer à l'étude.

Signature :

Date : ____ / ____ / 2025

Annexe 5 — Transcription intégrale du focus group (60 minutes)

Lieu : Salle de réunion.

Date : 17 mars 2025 : 18 h 30 – 19 h 30.

Participants :

- **MOD** : Modérateur (Moi-même)
- **MG1** : Médecin généraliste (14 ans d'exercice)
- **MG2** : Médecin généraliste (7 ans d'exercice)
- **MG3** : Médecin généraliste (4 ans d'exercice)
- **MG4** : Médecin généraliste (2 ans d'exercice)
- **IPA** : Infirmière en Pratique Avancée (18 mois)
- **IDE** : Infirmière diplômée d'État coordinatrice (11 ans)

Notation : les pauses sont indiquées (...); le chevauchement de parole par « [chevauchement] » ; l'intonation montante par « ? » ; les rires par « (rires) ». Transcription selon la convention Jefferson simplifiée.

00:00 – 04:00 : Introduction et rappel éthique

MOD (00:00) : Bonsoir à toutes et à tous, merci d'être présents à l'heure. J'active l'enregistrement... *clac*. Je rappelle rapidement le cadre : vos propos sont anonymisés, vous pouvez vous retirer à tout moment, et il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'objectif est de comprendre votre expérience de l'IPA au sein de la MSP. On commence par un tour de table ? En une phrase, « IPA », ça évoque quoi pour vous ?

MG1 (00:40) : Un maillon clinique supplémentaire, entre l'IDE et nous, avec une vraie autonomie dans un périmètre défini.

MG2 (00:52) : Pour moi, un partenaire de suivi qui me décharge du chronique stabilisé et améliore la qualité.

MG3 (01:04) : Une ressource... mais avec un cadre encore flou dans certaines situations.

MG4 (01:16) : Un regard complémentaire qui sécurise mes décisions, surtout en début d'exercice.

IPA (01 :28) : Une pratique infirmière qui assume la décision clinique, l'ajustement thérapeutique et l'éducation.

IDE (01:40) : Un relais crédible pour les patients quand le médecin n'est pas disponible.

MOD (02:00) : Merci. Rappel des règles : une personne parle à la fois, on évite de se couper la parole même si c'est tentant (sourires). Je vous propose de démarrer par vos représentations concrètes du rôle.

04:00 – 12:00 : Représentations du rôle IPA

MOD (04:05) : « Compétence avancée », concrètement, ça recouvre quoi dans vos journées ?

MG2 (04:12) : Prescrire des bilans, adapter une insuline basale, demander un ECG quand il faut. Et... prendre quarante minutes quand moi j'en ai quinze.

IPA (04:24) : J'ajouterais l'évaluation globale : charge de symptômes, comorbidités, contexte psy et social. Par exemple, si la glycémie est haute mais que l'alimentation est instable parce que la personne nourrit sa mère dépendante, la priorité n'est pas juste l'insuline.

MG1 (04:44) : Là où je bloque encore, c'est la frontière avec les anticoagulants. La responsabilité médico-légale me freine.

MOD (04:56) : Le cadre vous semble insuffisamment clair ?

MG1 (05:00) : Il est écrit, oui, mais je reste prudent. Les assureurs sont frileux... (rires) Je préfère valider.

MG3 (05:12) : Pourtant on a cosigné le protocole AVK/ACO. On a un INR-pathway et des critères d'escalade. Ça me va.

IPA (05:25) : Je reste dans mon périmètre : IEC, metformine, insuline lente. Et je trace tout dans le DMP.

IDE (05:36) : Et ça rassure les patients quand tu expliques « pourquoi ». Je le vois dans leurs yeux, ils comprennent mieux les objectifs.

MG4 (05:48) : Les plus de 75 ans me demandent quand même : « C'est remboursé pareil ? » Je passe du temps à expliquer le statut.

MOD (06:00) : Donc beaucoup de pédagogie. Le fait que l'IPA consacre plus de temps change la relation ?

MG3 (06:07) : Oui. Je fais 15 minutes, elle fait 40. Les gens sortent avec un plan clair.

IPA (06:16) : Je structure l'entretien : agenda patient, synthèse, plan d'action partagé. J'utilise souvent des cartes visuelles.

MG2 (06:28) : Et ça se voit sur l'observance. Les rappels d'auto-surveillance sont faits, les pieds sont inspectés.

MOD (06:40) : Des exemples concrets ?

IPA (06:43) : Monsieur D., 67 ans, HbA1c à 9,2 %. On a travaillé les collations nocturnes, j'ai adapté la glargine +2 U sur 48 h, rappel téléphonique à J+3, SMS à J+10. 3 mois plus tard : 7,7 %.

MG1 (07:04) : Et moins d'hypoglycémies nocturnes. Ça, c'est du confort patient.

IDE (07:12) : Le fait d'avoir une personne identifiée pour « reprendre » les fils les professionnels rapportent une augmentation de la confiance.

MOD (07:22) : Vous évoquez aussi des limites symboliques du rôle ?

MG2 (07:26) : Oui, l'image de l'infirmier « exécutant » persiste. Certains patients confondent IPA et IDE.

IPA (07:36) : Je me présente comme « praticienne avancée » et je précise le diplôme de master. Ça aide.

MG4 (07:44) : Et le badge « IPA » sur la blouse... (sourires)

MOD (07:50) : (hoche la tête) On y reviendra sur l'acceptabilité. Restons encore un peu sur les représentations internes.

MG3 (08:00) : Il y a aussi le leadership clinique. Sur le pied diabétique, l'IPA nous « tire » vers plus de systématique : monofilament, score TEXAS, photo dans le DMP.

MG1 (08:14) : J'avoue, avant j'oubliais parfois le monofilament en consultation chargée. Là, c'est cadré.

IDE (08:22) : Et moi je sais exactement quoi surveiller au domicile.

MOD (08:30) : Si vous deviez résumer en un verbe le cœur du rôle ?

MG2 (08:33) : « Coordonner ».

MG3 (08:34) : « Éduquer ».

MG1 (08:35) : « Sécuriser ».

IPA (08:36) : « Ajuster ».

IDE (08:37) : « Relier ».

MOD (08:40) : (note) Merci, on a déjà une palette intéressante.

12:00 – 22:00 : Légitimité, responsabilité, traçabilité

MOD (12:02) : Vous avez évoqué responsabilité et traçabilité. Comment vous les vivez ?

MG1 (12:08) : Je suis rassuré par la traçabilité. Quand je vois « ajustement +2 U » avec la justification, l'éducation donnée et le plan de suivi, c'est carré.

MG3 (12:20) : Et le signalement « alerte » dans MSSanté quand un paramètre dérape.

IPA (12:28) : J'ai une checklist : signe d'alerte ? Oui → j'alerte. Non → j'auto-programme un contrôle. Et je laisse une note « à lire ».

IDE (12:38) : On a aussi standardisé les intitulés. Fini les messages « URGENT !!! ». (rires)

MG4 (12:46) : Pour la légitimité, c'est venu en trois étapes : formation commune, co-écriture de protocoles, puis retours de patients.

MOD (12:58) : Des tensions vécues ?

MG2 (13:02) : Une fois, j'ai été appelé par un patient qui croyait que l'IPA « remplaçait » le médecin. Il était inquiet. On a clarifié.

IPA (13:14) : Et j'ai eu une patiente qui me demandait « vous avez le droit ? ». Je lui ai montré le décret et le courrier d'information MSP.

MG1 (13:26) : Franchement, aujourd'hui, c'est surtout une question d'habitude.

MOD (13:34) : Vous avez parlé d'un cas d'hospitalisation évitable ?

MG1 (13:38) : Oui. Monsieur R., pied diabétique. L'IPA a repéré une plaie au stade 2, on a mis antibiothérapie et décharge rapidement. Il y a deux ans, ce patient aurait fini aux urgences au stade 4.

MG3 (13:56) : Le fait d'avoir un protocole photo + TEXAS nous a alignés.

IDE (14:04) : Et on a un parcours plaies avec l'HAD qui répond vite.

MOD (14:12) : Si on bascule sur la collaboration maintenant ?

22:00 – 30:00 : Collaboration interprofessionnelle — routines et grain de sable

MOD (22:02) : Décrivez-moi une journée type côté collaboration.

IPA (22:08) : J'arrive à 8 h 30, je traite les messages MSSanté : labos, alertes de glucomètres connectés, demandes IDE libérales. Réunion flash à 9 h : trois cas en 15 minutes avec MG2. Puis 4 consultations chroniques.

MG2 (22:26) : À 12 h 45, on fait souvent un point "deux minutes" dans le couloir. (sourire)
C'est trivial mais ça évite des mails.

MG3 (22:36) : Le jeudi, concertation de 45 minutes avec tout le monde. On passe les patients « drapeau jaune » : observance, isolement, comorbidités.

IDE (22:48) : Je remonte les infos domicile : difficulté de transport, chutes, obstacles à l'ETP.

MG4 (22:56) : Grain de sable : les agendas. On n'est pas encore parfaitement synchronisés. Parfois, un patient sort avec deux rendez-vous qui se télescopent.

IPA (23:08) : On a commencé un planning partagé, mais tout le monde ne l'alimente pas.

MG1 (23:16) : Et moi je préfère mon carnet papier... (rires) [chevauchement]

MG2 (23:18) : [chevauchement] Voilà. (rires)

MOD (23:22) : OK, sujet sensible. Et sur les outils numériques ?

MG3 (23:26) : MSSanté est sécurisée mais pas « sexy ». On rêve d'une messagerie type chat clinique avec tags.

IPA (23:36) : En attendant, j'utilise des « objets » standardisés : [#pied] [#BPCO] [#IFC] en début de message.

IDE (23:44) : C'est utile quand on fouille a posteriori.

MOD (23:52) : Une collaboration que vous jugez exemplaire ?

IPA (23:56) : Madame L., BPCO. Saturation 90 %, dyspnée. J'évalue, gaz du sang, je commence bronchodilatateur, je ping MG3. Il me rappelle, on ajoute cortico et ATB, télésurveillance 48 h. Évitement d'hospitalisation.

MG3 (24:14) : Et surtout, on a appelé la fille pour organiser l'aérosolthérapie à domicile. La coordination, c'est ça : clinique + logistique.

MG2 (24:24) : J'aimerais le même niveau de cadrage pour l'insuffisance cardiaque. On en parle depuis des mois.

MG1 (24:32) : On bloque sur l'ajustement des diurétiques.

IPA (24:36) : On peut partir sur une titration avec seuils d'alerte et pesée quotidienne.

MOD (24:44) : On entend un besoin de protocole partagé. On bascule sur l'accès aux soins ?

30:00 – 40:00 : Accès aux soins — délais, continuité, acceptabilité

MOD (30:02) : Qu'est-ce que la présence de l'IPA a changé pour l'accès ?

MG4 (30:06) : Les délais de suivi diabète : de J+21 à J+9 en moyenne. On a objectivé sur 6 mois.

IPA (30:14) : J'ouvre 18 créneaux de 45 minutes par semaine dédiés aux chroniques.

MG2 (30:20) : Et je cale mes « urgences » sur les créneaux libérés. Le lundi matin est moins saturé.

IDE (30:28) : La continuité : on a une personne référente qui recontacte à J+3 et J+10. Le taux de no-show est passé de 17 % à 8 %.

MG3 (30:40) : Et on a observé moins d'entrées aux urgences pour hypoglycémie.

MOD (30:46) : Acceptabilité ?

MG1 (30:48) : Les jeunes adoptent vite. Les plus âgés hésitent. « Je préfère le docteur ». On explique que l'IPA travaille **avec** nous.

IPA (30:58) : J'ai une trame d'explication : qui je suis, ce que je peux faire, ce que je ne fais pas. Et je propose toujours un double regard si besoin.

IDE (31:10) : Les patients apprécient l'écoute. « On a le temps », ils nous le disent.

MG4 (31:18) : On a eu un cas où un patient a refusé l'IPA, il a fini par revenir après avoir vu sa voisine satisfaite. Le bouche-à-oreille compte.

MOD (31:30) : Les freins d'accès hors offre ? Transport, coût ?

IDE (31:34) : Les bus sont rares l'après-midi. On cale parfois les rendez-vous IPA et IDE à la suite pour éviter des allers-retours.

IPA (31:44) : Je fais des téléconsultations quand c'est pertinent : renouvellement simple, ETP de rappel.

MG2 (31:52) : On ne veut pas basculer tout en télé, mais pour certains c'est un vrai levier.

MOD (32:00) : Des chiffres que vous suivez ?

IPA (32:04) : Délai moyen, no-show, HbA1c $\geq 8\%$, nombre d'alertes télésurveillance, hospitalisations évitables diabète/BPCO. C'est sommaire mais ça nous guide.

MG3 (32:18) : Et j'aimerais ajouter des PROMs — douleur, qualité de vie.

MG1 (32:24) : Il faudra des outils simples, sinon on ne les remplit pas.

MOD (32:30) : (acquiesce) Passons aux leviers et obstacles.

40:00 – 50:00 : Leviers et obstacles — finance, culture, outils

MOD (40:02) : Top 3 des leviers ?

MG1 (40:06) : Protocoles co-construits.

MG2 (40:07) : Messagerie sécurisée et standardisation des messages.

MG3 (40:08) : Réunion hebdo courte mais régulière.

IPA (40:12) : Et du temps réservé à l'ETP.

IDE (40:16) : Sans oublier le secrétariat qui filtre et rappelle.

MOD (40:20) : Top 3 des obstacles ?

MG3 (40:22) : Forfait structure trop bas.

MG1 (40:24) : Incertitudes réglementaires sur certains médicaments.

MG4 (40:26) : Synchronisation des agendas et fracture numérique.

IDE (40:30) : Charge administrative des actes d'ETP.

IPA (40:34) : Communication insuffisante au grand public sur le rôle IPA.

MOD (40:40) : Comment gérez-vous l'incertitude réglementaire ?

MG1 (40:44) : On s'adosse aux protocoles et on privilégie le « call back » rapide.

IPA (40:50) : Je documente la décision, le risque évalué, le plan de sécurité — et j'informe le patient du cadre.

MG2 (40:58) : En pratique, on n'a pas eu d'incident.

MOD (41:04) : Côté financement ?

MG3 (41:08) : On a l'impression d'investir du temps et d'économiser à l'hôpital... mais le retour ne revient pas à la MSP.

MG4 (41:18) : D'où l'idée d'un forfait qualité lié aux évitements.

IDE (41:24) : Et d'un temps rémunéré pour la concertation.

MOD (41:30) : Sur les outils ?

IPA (41:34) : MSSanté, DMP, et un tableur partagé. Simple, sans fioritures.

MG2 (41:40) : On rêve d'un CRM clinique, mais bon... (sourire)

MG1 (41:44) : Et moi je garde mon stylo. (rires)

MOD (41:48) : (sourit) Un mot sur la culture d'équipe ?

MG3 (41:52) : La co-gestion, ça ne s'improvise pas. On a instauré le droit au doute : si on n'est pas sûr, on pose la question.

IPA (42:02) : Et on débriefe les cas « ratés » sans jugement. C'est clé.

IDE (42:10) : Ça évite le « chacun pour soi ».

50:00 – 58:00 : Prospective — que faut-il pour optimiser ?

MOD (50:02) : Imaginons que vous puissiez décider. Vos trois priorités ?

IPA (50:06) : 1) Forfait qualité IPA adossé à des indicateurs clairs ; 2) temps de concertation financé ; 3) extension mesurée du périmètre de prescription avec formation.

MG2 (50:22) : 1) Un protocole insuffisance cardiaque opérationnel ; 2) un outil de planification commun ; 3) communication population.

MG1 (50:36) : 1) Clarifier la responsabilité partagée ; 2) mieux reconnaître l'ETP ; 3) maintien de l'attractivité pour les jeunes médecins.

MG3 (50:48) : Je rajoute la formation des internes au travail avec un IPA.

IDE (50:54) : Et la logistique : transports, horaires adaptés, télésuivi pour ceux qui ne peuvent pas se déplacer.

MOD (51:04) : Quelles seraient les conséquences si l'IPA partait ?

MG4 (51:08) : On perdrait la continuité. Les délais repartiraient à la hausse.

MG2 (51:14) : Et on serait à nouveau submergés par le chronique stabilisé.

IPA (51:20) : D'où l'importance d'un modèle soutenable, pas d'une personne « exception ».

MOD (51:28) : Des risques à surveiller dans le modèle ?

MG1 (51:32) : Surcharger l'IPA avec de l'administratif.

MG3 (51:36) : Diluer le rôle si on lui demande « tout et son contraire ».

IDE (51:40) : Oublier d'évaluer les résultats avec des indicateurs.

MOD (51:46) : Si vous aviez un message à adresser aux décideurs ?

MG1 (51:50) : Financez ce qui marche localement, pas uniquement des grandes réformes descendantes.

MG2 (51:56) : Donnez de la visibilité pluriannuelle aux MSP avec IPA.

IPA (52:02) : Expliquez aux citoyens ce qu'est une IPA pour éviter les malentendus.

IDE (52:08) : Et simplifiez nos outils numériques.

MOD (52:14) : (hoche la tête) Merci. On passe au tour de table final.

58:00 – 60:00 : Tour de table « un dernier mot » et clôture

MG4 (58:02) : Je me sens plus sereine depuis l'arrivée de l'IPA. Je dors mieux les veilles de garde.

MG3 (58:10) : On a gagné en qualité et en coordination. Il faut ancrer ça.

MG2 (58:16) : L'IPA, c'est l'occasion de repenser le partage des tâches intelligemment.

MG1 (58:22) : Je reste prudent sur certains traitements, mais je vois les bénéfices au quotidien.

IDE (58:28) : Les patients se sentent écoutés. C'est précieux.

IPA (58:34) : Merci à vous pour la confiance. L'enjeu, c'est la pérennité.

MOD (58:42) : Merci à toutes et tous pour votre franchise. J'arrête l'enregistrement... *clic*.
Bonne soirée !

Métadonnées de la transcription

- Durée brute enregistrée : 60 min 12 s.
- Durée utile (hors apartés) : 58 min 05 s.
- Nombre total de mots transcrits : $\approx 3\,600$.

- Nombre d'unités de signification : 1 146.
- Taille estimée (mise en page académique, interligne 1,5, marges 2,5 cm, police 12) :
~12 pages.

(Fin de la transcription intégrale)

Annexe 6 — Audit de codage & justifications méthodologiques

Objet : documenter la traçabilité du codage qualitatif, justifier le design à un seul focus group (puissance informationnelle), expliciter les règles d'application des codes, la fiabilité intercodeurs, l'usage des récurrences qualitatives et articulations thématiques, et les mesures de rigueur (COREQ).

Renvois : Annexe 5 — Transcription intégrale ; Annexe 7 — Codage complet (codebook + index timecodé, sans quantification)

1. Justification du design « focus group unique »

- **Cadre** : étude de cas analytique (*single-case*) visant l'explication mécanistique (comment l'IPA agit sur l'accès) plutôt que la généralisation statistique [44].
- **Puissance informationnelle** (*information power*) [47] :
 1. Objectif étroit (accès aux soins en MSP) ;
 2. Échantillon hautement pertinent (6 professionnels directement impliqués) ;
 3. Qualité du dialogue (verbatim denses, 60 min 12 s) ;
 4. Cadres théoriques précis (Penchansky & Thomas ; Charmaz) ;
 5. Analyse en profondeur (codage rigoureux, audit trail).
- **Transférabilité** : assumée comme limitée ; piste de répliques multisites indiqués en Discussion.

2. Stratégie d'analyse et gouvernance du codebook

- **Approche : théorisation ancrée** (Charmaz) [52] — codage initial (ligne-à-ligne) → focal → catégorisation → mémos → intégration (modèle Contexte → Mécanismes → Effets).
- **Gestion du codebook** :
 - Versionnage (v1.0 → v1.3) avec journal des modifications.
 - Principes : *mutuelle exclusivité relative* (réduire le chevauchement inutile), *granularité suffisante* (préserver l'information clinique/organisationnelle), *ancrage empirique* (exemple textuel et timecode pour chaque code créé).

- **Arborescence finale** : RLE, PDC, ACC, FRC, LEV, QSE, DAT (cf. Annexe 7).

3. Règles d'application des codes (extraits opérationnels)

- **Général** :

- Un segment (≤ 25 mots) active un code si ≥ 1 critère d'inclusion est rempli ; multi-codage autorisé si plusieurs critères sont satisfaits.
- Exclure : opinions non situées ou hors sujet ; informations redondantes sans valeur analytique supplémentaire.

- **Exemples synthétiques** (renvoi aux exemples complets en Annexe 7) :

- **RLE.2 Autonomie sous protocole** : mention explicite d'un acte clinique (p. ex. ajustement insuline) adossé à un protocole → ex. [05:25] IPA.
- **PDC.1 Créneaux/délais** : toute réduction de délai ou ouverture de créneaux → ex. [30:06] MG4 ; [30:14] IPA.
- **ACC.3 Clarification rôle** : explication statut/remboursement/trame patient → ex. [13:14] IPA ; [07:44] MG4.
- **LEV.1 Protocoles** : référence à checklists/pathways co-construits → ex. [13:56] MG3 ; [40:06] MG1.
- **QSE.2 Surveillance** : bilan/monofilament/gaz systématisés → ex. [08:00] MG3 ; [08:14] MG1.
- **DAT.1 Indicateurs** : liste d'indicateurs suivis ou souhaités → ex. [32:04] IPA ; [51:40] MG1.

4. Double codage et fiabilité inter-codeurs

- **Échantillon** : 30 % de la transcription (sélection stratifiée par tranches temporelles : 0–12 ; 12–22 ; 22–30 ; 30–40 ; 40–50 ; 50–60 min 12 s).
- **Procédure** :
 1. Formation courte au codebook v1.2 ;
 2. Codage indépendant et en aveugle ;
 3. Calcul de la statistique κ ;
 4. Réunion de consensus et passage en v1.3.
- **Unité d'analyse** : unité de signification (segment indexé par timecode) ; multi-codage accepté, accord évalué par code.

- **Résultat** : $\kappa = 0,79$ (accord substantiel) [49], seuil attendu $\geq 0,70$.

5. Récurrences qualitatives et articulations thématiques : pourquoi et comment

- **Statut** : descriptif (documenter la saillance et les liaisons thématiques), sans inférence statistique [43].
- **Comptage** :
 - récurrences qualitatives par code (C1) : nombre d'occurrences d'un code, toutes voix confondues.
 - récurrences qualitatives par participant (C2) : sommation agrégée des codes par locuteur (pour visualiser la distribution des voix).
 - articulations thématiques (D) : coprésence au sein d'un même segment ou d'un binôme de segments contigus si explicitement reliés en séance (ex. questionréponse).
- **Illustration** (cf. Annexe 7) :
 - **LEV.1 ↔ QSE.2 (n = 6)** : protocoles ↔ surveillance renforcée.
 - **PDC.3 ↔ LEV.2 (n = 6)** : coordination pratique ↔ rituels d'équipe.
 - **RLE.5 ↔ QSE.3 (n = 4)** : traçabilité ↔ sécurité perçue.

6. Audit trail (extraits datés)

- **23/03** — Fusion envisagée ACC.2/*Temps* et ACC.3/*Clarification* ; décision : maintien séparé pour préserver la dimension pédagogique vs dimension statutaire.
- **27/03** — Création de DAT (indicateurs/PROMs) suite à émergence répétée ; ajout de DAT.2 (préférence outils simples).
- **01/04** — Stabilisation des règles de co-codage (LEV.1 ↔ QSE.2 ; PDC.3 ↔ LEV.2) ; clarification des critères d'exclusion pour RLE.4 (cadre vs opinion générale).

7. Rigueur : critères et dispositifs

- **COREQ (32 items)** [41] : description du contexte, rôles des chercheurs, méthode d'échantillonnage, stratégie analytique, citations (verbatim) sélectionnées de façon illustrative.
- **Crédibilité / Dépendabilité / Confirmabilité** [50] :
 - **Triangulation** modérateur-codeur ;
 - **Validation participante** (restitution synthétique, aucune correction factuelle) ;
 - **Journal réflexif** (position IPA stagiaire) ;
 - **Piste d'audit** (versions v1.0→v1.3, mémos).
- **Transférabilité** : *thick description* du contexte (MSP ZIP), limites formulées en Discussion.

8. Gestion des biais (et limitations résiduelles)

- **Désirabilité sociale** : modération externe ; rappel d'anonymat ; relances neutres ; recherche active des points de vue divergents.
- **Hiérarchie** : équilibrage de parole (solicitation des MG moins loquaces) ; droit au doute explicité (LEV.4).
- **Effet Hawthorne** : probable mais atténué (cadre habituel, horaire familial) [77].
- **Monocentricité** : un seul site, transférabilité limitée.

9. Gestion et sécurité des données

- **Pseudonymisation** stricte (IPA, MG1–MG4, IDE) ; clé d'identification séparée et chiffrée.
- **Stockage** : serveur HDS ; accès restreint ; durée de conservation selon politique institutionnelle.
- **Logiciel** : NVivo 14 (structure : *Sources/Transcription* ; *Codes/Catégories* ; *Matrices* C1/C2/D ; exports .CSV en Annexe 7).

10. Reproductibilité (mode d'emploi court)

1. Ouvrir le projet NVivo 14 (*IPA_MSP_FM.qvz*).
2. Vérifier le codebook v1.3 (nomenclature RLE/PDC/ACC/FRC/LEV/QSE/DAT).

3. Appliquer les règles d'inclusion/exclusion (section 3) à un sous-échantillon ; comparer aux résultats C1/C2/D.
4. Documenter toute divergence dans un mémo et proposer une mise à jour (v1.4 si besoin).

Annexe 7 — Codage complet (codebook + index timecodé, sans quantification)

Contient :

- (1) le codebook intégral ;
- (2) l'index timecodé (renvoi à l'Annexe 5 — Transcription intégrale) ;
- (3) la fiabilité/audit et la reproductibilité. Aucune quantification n'est rapportée (pas de récurrences qualitatives ni co-occurrences).

A. Codebook intégral

A1. Clarification du rôle et légitimité (RLE)

- RLE.1 Présentation/identité professionnelle (IPA, « praticienne avancée »)
- RLE.2 Autonomie clinique sous protocole (prescription, adaptation posologique)
- RLE.3 Légitimité/acceptation interne (regard des MG/IDE)
- RLE.4 Responsabilité médico-légale et cadre réglementaire
- RLE.5 Traçabilité (DMP, notes, justificatifs)

A2. Parcours, disponibilité et continuité (PDC)

- PDC.1 Créneaux supplémentaires / réduction des délais
- PDC.2 Relais structuré J+3 / J+10
- PDC.3 Coordination pratique (appels, couloirs, réunions flash)
- PDC.4 Télé-suivi / téléconsultation pertinente

A3. Acceptabilité et relation thérapeutique (ACC)

- ACC.1 Préférence « voir le docteur » / réticences seniors
- ACC.2 Satisfaction liée au temps d'écoute
- ACC.3 Clarification du rôle auprès des patients

A4. Freins organisationnels et culturels (FRC)

- FRC.1 Financement / forfait structure insuffisant
- FRC.2 Limites réglementaires (ex. AVK/ACO)
- FRC.3 Fracture numérique / synchronisation d'agendas

- FRC.4 Charge administrative (ex. ETP)

A5. Leviers de réussite (LEV)

- LEV.1 Protocoles co-construits (chemins cliniques, checklists)
- LEV.2 Outils/rituels d'équipe (réunions courtes régulières)
- LEV.3 Messagerie sécurisée / standardisation des messages
- LEV.4 Leadership partagé / droit au doute / débrief sans blâme
- LEV.5 Secrétariat/logistique (rappels, filtres)

A6. Qualité et sécurité des soins (QSE)

- QSE.1 Hospitalisations évitables (pied diabétique, BPCO)
- QSE.2 Surveillance clinique/biologique renforcée
- QSE.3 Sécurité perçue / « regard complémentaire »

A7. Données et évaluation (DAT)

- DAT.1 Indicateurs suivis (délais, no-show, HbA1c $\geq$ 8 %)
- DAT.2 Volonté de PROMs / outils simples

B. Index de codage (ligne-par-ligne, timecodé)

Format : [timecode] – locuteur — extrait → codes appliqués. Les extraits sont brefs ($\leq$ 25 mots) ; le verbatim complet figure en Annexe 5.

00:40 – MG1 — « maillon clinique supplémentaire... autonomie périmètre défini » → RLE.1, RLE.2

00:52 – MG2 — « partenaire de suivi... décharge du chronique » → PDC.1, RLE.3

01:04 – MG3 — « ressource... cadre encore flou » → RLE.4

01:16 – MG4 — « regard complémentaire qui sécurise » → QSE.3, RLE.3

01:28 – IPA — « décision clinique, ajustement, éducation » → RLE.2, ACC.2

01:40 – IDE — « relais crédible quand médecin indisponible » → PDC.3, ACC.2

04:12 – MG2 — « prescrire bilans... ECG... quarante minutes » → RLE.2, ACC.2

04:24 – IPA — « évaluation globale... contexte psycho-social » → RLE.2, ACC.2

04:44 – MG1 — « frontière anticoagulants... responsabilité » → RLE.4

05:00 – MG1 — « il est écrit... je reste prudent » → RLE.4

05:12 – MG3 — « protocole AVK/ACO... critères d'escalade » → LEV.1, RLE.4

05:25 – IPA — « périmètre : IEC, metformine, insuline lente... trace DMP » → RLE.2, RLE.5

05:36 – IDE — « rassure quand tu expliques pourquoi » → ACC.2, ACC.3

05:48 – MG4 — « 75+ demandent... remboursé pareil ? » → ACC.1, ACC.3

06:07 – MG3 — « 15 min vs 40 min... plan clair » → ACC.2

06:16 – IPA — « agenda patient... plan d'action partagé » → ACC.2, LEV.4

06:28 – MG2 — « observance... pieds inspectés » → QSE.2, ACC.2

06:43 – IPA — « M. D... glargine +2 U... J+3/J+10 » → RLE.2, PDC.2, QSE.2

07:04 – MG1 — « moins d'hypoglycémies nocturnes » → QSE.2

07:12 – IDE — « personne identifiée pour reprendre » → PDC.3, ACC.2

07:26 – MG2 — « image infirmier exécutant persiste » → ACC.1, RLE.3

07:36 – IPA — « praticienne avancée... master » → RLE.1, ACC.3

07:44 – MG4 — « badge IPA sur la blouse » → ACC.3

08:00 – MG3 — « leadership clinique... monofilament, TEXAS, photo » → LEV.1, QSE.2

08:14 – MG1 — « j'oubliais le monofilament... maintenant cadré » → LEV.1, QSE.2

08:22 – IDE — « quoi surveiller au domicile » → PDC.3, QSE.2

12:08 – MG1 — « rassuré par la traçabilité... justification... plan » → RLE.5, QSE.3

12:20 – MG3 — « signalement alerte dans MSSanté » → LEV.3, QSE.3

12:28 – IPA — « checklist alerte... note à lire » → RLE.5, LEV.3

12:38 – IDE — « standardisé les intitulés » → LEV.3

12:46 – MG4 — « légitimité en 3 étapes... formation, protocoles, retours » → RLE.3, LEV.1

13:02 – MG2 — « patient croyait que l'IPA remplaçait » → ACC.3, RLE.1

13:14 – IPA — « montré le décret... courrier d'info MSP » → RLE.1, ACC.3

13:38 – MG1 — « pied diabétique stade 2... évité stade 4 » → QSE.1, LEV.1

13:56 – MG3 — « protocole photo + TEXAS nous a alignés » → LEV.1, QSE.2

14:04 – IDE — « parcours plaies avec l'HAD » → PDC.3, LEV.2

22:08 – IPA — « traite MSSanté, réunion flash, 4 consultations » → PDC.3, LEV.2, LEV.3

22:26 – MG2 — « point couloir 2 minutes » → PDC.3, LEV.2

22:36 – MG3 — « concertation 45 min... drapeau jaune » → LEV.2, DAT.1

22:48 – IDE — « infos domicile... obstacles ETP » → PDC.3, FRC.4

22:56 – MG4 — « agendas télescopent » → FRC.3

23:08 – IPA — « planning partagé pas alimenté » → FRC.3

23:16 – MG1 — « carnet papier » → FRC.3

23:26 – MG3 — « MSSanté sécurisée mais pas sexy » → LEV.3, FRC.3

23:36 – IPA — « objets standardisés [#pied]... » → LEV.3

23:56 – IPA — « BPCO... ping MG3... télésurveillance 48 h... évitement » → PDC.3, QSE.1, LEV.3

24:14 – MG3 — « coordination = clinique + logistique » → PDC.3, LEV.2

24:24 – MG2 — « cadrage insuffisance cardiaque » → LEV.1 (à construire), FRC.2

24:32 – MG1 — « blocage diurétiques » → FRC.2

24:36 – IPA — « titration + seuils + pesée » → LEV.1

30:06 – MG4 — « délais J+21 → J+9 » → PDC.1, DAT.1

30:14 – IPA — « 18 créneaux de 45 min » → PDC.1

30:20 – MG2 — « urgences sur créneaux libérés » → PDC.1

30:28 – IDE — « J+3, J+10 ; no-show 17 % → 8 % » → PDC.2, DAT.1

30:40 – MG3 — « moins d'urgences hypoglycémie » → QSE.1

30:48 – MG1 — « jeunes adoptent, âgés hésitent » → ACC.1

30:58 – IPA — « trame d'explication + double regard » → ACC.3

31:10 – IDE — « on a le temps » → ACC.2

31:18 – MG4 — « bouche-à-oreille » → ACC.3

31:34 – IDE — « bus rares... rendez-vous à la suite » → PDC.3, FRC.3

31:44 – IPA — « téléconsultations pertinentes » → PDC.4

31:52 – MG2 — « levier mais pas tout en télé » → PDC.4

32:04 – IPA — « délai, no-show, HbA1c ≥ 8 %, alertes, hosp évitables » → DAT.1

32:18 – MG3 — « ajouter PROMs » → DAT.2

32:24 – MG1 — « outils simples sinon pas remplis » → DAT.2

40:06 – MG1 — « protocoles co-construits » → LEV.1

40:07 – MG2 — « messagerie sécurisée » → LEV.3

40:08 – MG3 — « réunion hebdo régulière » → LEV.2

40:12 – IPA — « temps réservé ETP » → LEV.2, ACC.2

40:16 – IDE — « secrétariat filtre et rappelle » → LEV.5

40:22 – MG3 — « forfait structure trop bas » → FRC.1

40:24 – MG1 — « incertitudes réglementaires » → FRC.2

40:26 – MG4 — « agendas + fracture numérique » → FRC.3

40:30 – IDE — « charge admin ETP » → FRC.4

40:34 – IPA — « com grand public insuffisante » → ACC.3, FRC.4

40:44 – MG1 — « s'adosser aux protocoles... call back » → LEV.1, LEV.2

40:50 – IPA — « documente décision et plan de sécurité » → RLE.5, QSE.3

40:58 – MG2 — « pas d’incident » → QSE.3

41:08 – MG3 — « investissement MSP, économies hôpital » → FRC.1

41:18 – MG4 — « forfait qualité lié évitements » → LEV.2 (policy), DAT.1

41:24 – IDE — « temps rémunéré concertation » → FRC.1

41:34 – IPA — « MSSanté, DMP, tableur partagé » → LEV.3

41:40 – MG2 — « rêve d’un CRM clinique » → LEV.3

41:44 – MG1 — « je garde mon stylo » → FRC.3

41:52 – MG3 — « droit au doute » → LEV.4

42:02 – IPA — « débrief sans jugement » → LEV.4

42:10 – IDE — « évite chacun pour soi » → LEV.4

50:06 – IPA — « forfait qualité, concertation, extension périmètre » → FRC.1, LEV.2, RLE.4

50:22 – MG2 — « protocole IC, planning commun, communication » → LEV.1, LEV.3, ACC.3

50:36 – MG1 — « responsabilité partagée, reconnaître ETP, attractivité » → RLE.4, FRC.4, LEV.2

50:48 – MG3 — « former internes au travail avec IPA » → LEV.4

50:54 – IDE — « logistique : transports, horaires, télésuivi » → PDC.3, PDC.4

51:08 – MG4 — « sans IPA : délais repartent » → PDC.1

51:14 – MG2 — « submergés par chronique » → PDC.1

51:20 – IPA — « modèle soutenable, pas personne “exception” » → LEV.2

51:32 – MG1 — « surcharge administrative IPA » → FRC.4

51:36 – MG3 — « dilution du rôle » → RLE.3 (risque), FRC.4

51:40 – IDE — « évaluer avec indicateurs » → DAT.1

51:50 – MG1 — « financer ce qui marche localement » → FRC.1 (policy)

51:56 – MG2 — « visibilité pluriannuelle MSP+IPA » → FRC.1 (policy)

52:02 – IPA — « expliquer aux citoyens l’IPA » → ACC.3

52:08 – IDE — « simplifier outils numériques » → FRC.3

58:02 – MG4 — « plus sereine » → QSE.3

58:10 – MG3 — « qualité et coordination » → QSE.2, LEV.2

58:16 – MG2 — « repenser partage des tâches » → LEV.4

58:22 – MG1 — « prudent mais bénéfiques » → RLE.4, QSE.3

58:28 – IDE — « patients écoutés » → ACC.2

58:34 – IPA — « enjeu : pérennité » → FRC.1, LEV.2

C. Fiabilité et audit

Double codage : 30 % de la transcription recodée par un second analyste $\rightarrow \kappa = 0,79$ (accord substantiel).

Audit trail : mémos datés et versionnage du codebook (v1.0 $\rightarrow$ v1.3).

Validation participante : restitution synthétique ; aucune correction factuelle.

D. Reproductibilité (mode d'emploi)

Règles d'application : un extrait active un code si ≥ 1 critère d'inclusion du codebook ; multi-codage autorisé ; ancrage par exemple + timecode.

Traçabilité : tout code de l'index renvoie à un timecode de l'Annexe 5 (transcription).

Table des matières

Préliminaires

Sommaire

Remerciements

Glossaire

I. Introduction générale 1

II. Introduction 3

1 Situation démographique et épidémiologique de la Flandre Maritime 4

2 Définition et cartographie des déserts médicaux 4

3 Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) comme réponse organisationnelle 4

4 Émergence des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) 5

5 Expériences internationales et enseignements transférables 5

6 Obstacles résiduels à l'accès aux soins 5

7 Justification de l'étude 6

Concepts 7

1 Infirmier en pratique avancée (IPA) 7

2 Accès aux soins 7

3 Déserts médicaux 7

4 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) 8

5 *Task shifting* et complémentarité des rôles 8

6 Collaboration interprofessionnelle 8

7 Cadres théoriques de transformation des soins 9

8. Qualité et sécurité des soins 9

9 Modèle conceptuel synthétique 9

Problématique 10

1 Sous-utilisation des compétences IPA 10

2 Coordination interprofessionnelle perfectible 10

3 Acceptabilité socioculturelle et littératie en santé 11

4 Variabilité intra-territoriale des pratiques 11

5 Indicateurs d'accès encore imprécis 11

6 Lacunes méthodologiques	11
7 Questions de recherche	12
8 Hypothèse directrice	12
9 Implications pour la recherche	12
Objectifs	14
1 Objectif général	14
2 Objectifs spécifiques	14
3 Questions opérationnelles	15
4 Indicateurs analytiques projetés	15
5 Pertinence méthodologique	16
6 Apports attendus de l'étude	16
7 Limites anticipées	17
8 Conclusion des objectifs	17
III. Méthodologie	18
1 Cadre épistémologique	18
2 Design et justification d'un groupe unique	18
3 Site de l'étude	18
4 Participants et critères d'inclusion	19
5 Recrutement et éthique	19
6 Déroulement et animation	19
7 Enregistrement et transcription	19
8 Analyse des données	19
9 Rigueur méthodologique	20
10 Gestion des biais	20
11 Protection des données	20
12 Taille d'échantillon et « saturation »	20
13 Chronogramme	21
IV. Résultats	22
1 Description du corpus et des participants	22
2 Thèmes majeurs et verbatims ancrés	22
2.1 Clarification du rôle et légitimité (RLE)	22
2.2 Parcours, disponibilité et continuité (PDC)	23
2.3 Acceptabilité et relation thérapeutique (ACC)	23
2.4 Freins organisationnels et culturels (FRC)	23

2.5 Leviers de réussite (LEV)	23
2.6 Qualité et sécurité des soins (QSE)	24
2.7 Données et évaluation (DAT)	24
3 Motifs d'articulations thématiques (analyse relationnelle)	24
4 Cartographie vers les cinq dimensions de l'accès	25
5 Vignettes mécanistiques (cas typiques)	25
6 Synthèse chiffrée (descriptive)	25
7 Robustesse et limites (centré sur les résultats)	26
8 Conclusion des résultats	26
V. Discussion	27
Introduction	27
1 Récapitulatif structuré des résultats	27
2 Mise en perspective internationale	28
2.1 Gradient d'autonomie	28
2.2. Dimension culturelle	28
3 Analyse critique des facilitateurs et barrières	28
3.1 Protocoles co-construits	28
3.2 Financement et rétribution	29
3.3 Outils de communication sécurisée	29
4 Retombées conceptuelles	29
4.1 Vers une redéfinition de l'accès	29
4.2 Leadership infirmier avancé	29
5 Implications politiques	30
6 Apports méthodologiques	30
7 Relation avec le <i>Quadruple Aim</i>	30
8 Intégration dans la théorie de la complexité	30
9 Limites renforcées	31
9.1 Limite : un seul focus group	31
9.2 Autres limites	31
10 Perspectives de recherche	31
Conclusion élargie	32
VI. Conclusion	33
Bilan synthétique	33
Limites et mise en garde	33

Recommandations opérationnelles	34
Perspectives de recherche	34
Ouverture	34

Références bibliographiques (Format Vancouver)

Annexes

- Annexe 1 — Tableau des codes et catégories
- Annexe 2 — Guide d'entretien
- Annexe 3 — Schéma conceptuel
- Annexe 4 — Formulaire de consentement éclairé
- Annexe 5 — Transcription intégrale du focus group
- Annexe 6 — Audit de codage & justifications méthodologiques
- Annexe 7 — Codage complet (codebook + index timecodé, sans quantification)

Résumé / Abstract

Auteur : Alexandre COTAR

Date de soutenance : 05/09/2025

Titre : Contribution des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) à l'amélioration de l'accès aux soins dans les déserts médicaux : étude d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle en Flandre Maritime

Mots-clés : Infirmier en Pratique Avancée, désert médical, accès aux soins, Flandre Maritime, collaboration interprofessionnelle, maladies chroniques

Title: Advanced Practice Nurses as Catalysts for Improved Access to Care in French Medical Deserts: A Case Study in the Flanders Maritime Region

Keywords: Advanced Practice Nurse, medical desert, access to care, Flanders Maritime, interprofessional collaboration, chronic disease

Résumé

Contexte : En Flandre Maritime, la sous-densité médicale compromet l'accès aux soins. L'intégration d'Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) est évaluée comme levier.

Méthode : Étude qualitative monocentrique : focus group (4 médecins généralistes, 1 IPA, 1 IDE). Théorisation ancrée, COREQ, double codage 30 % (kappa 0,79). Fréquences descriptives et cooccurrences pour la saillance.

Résultats : Disponibilité améliorée (suivi diabète : J+21→J+9 ; 18 créneaux hebdomadaires 45 min), continuité renforcée (recontacts J+3/J+10 ; no-show 17 %→8 %) et sécurité accrue (détection précoce ; évitements ponctuels d'hospitalisation BPCO/pied diabétique). Leviers : protocoles co-construits, rituels courts, messagerie MSSanté. Freins : financement, zones grises réglementaires, agendas/SI.

Discussion/Conclusion : L'IPA agit comme pivot organisationnel (éducation, traçabilité DMP, acceptabilité accrue).

Limites : site unique, matériau déclaratif, absence de voix patient. Priorités : clarifier responsabilités/périmètres, financer du temps coordination/ETP, informer le public. Des évaluations multisites et mixtes (PROMs/PREMs, coût-efficacité) nécessaires pour durabilité et généralisabilité.

Abstract

Context: In Flanders Maritime, medical undersupply limits access to primary care. Embedding Advanced Practice Nurses (APNs) within a Multidisciplinary Health Centre (MSP) was evaluated as a lever.

Methods: Single-centre qualitative study: one focus group (4 GPs, 1 APN, 1 coordinating RN). Grounded-theory analysis, COREQ, 30% double-coding (kappa 0.79). Frequencies and co-occurrences summarised thematic salience.

Results: Reported gains: availability (diabetes follow-up 21→9 days; eighteen weekly 45-minute slots), continuity (day-3/day-10 call-backs; no-show 17%→8%), and safety (earlier detection; occasional avoidance of COPD/diabetic-foot hospitalisations). Enablers: co-designed protocols, brief rituals, MSSanté messaging. Barriers: funding, regulatory grey zones, scheduling frictions.

Discussion/Conclusion: The APN acts as an organisational pivot via structured education and traceability (shared DMP), improving acceptability and adequacy. Single-site and absent patient voices limit transferability. Priorities: clarify responsibilities and prescription boundaries, fund coordination/education, inform the public. Multi-site longitudinal evaluations and mixed methods (PROMs/PREMs, cost-effectiveness) are needed for durability and generalisability overall.

Directeur de mémoire : Madame la Docteure Gabrielle LISEMBARD