



UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG ANNÉE
2025

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE

MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PRÉVENTION ET
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

**Les représentations d'une équipe coordonnée concernant l'arrivée
d'une infirmière en pratique avancée, au sein d'une MSP éclatée**

Présenté et soutenu publiquement le 05 septembre 2025 à Lille

Par Sabrina DE BRUYNE

MEMBRES DU JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier : Monsieur Paul QUINDROIT

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Pierre-Marie COQUET

Directrice de mémoire : Madame Gwladys ACOULON

Tuteur pédagogique : Monsieur le Docteur Rayan ADAWI

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59210 LOOS

Remerciements :

Ce mémoire de fin d'études est l'aboutissement de deux années de formation, riches en apprentissage, en partage de connaissances mais également en développement personnel. Arpenter les couloirs de la faculté après 19 ans d'exercice professionnel suscite un florilège d'émotions, laissant parfois place au doute, aux larmes, mais aussi à l'exaltation et surtout à une joie et une satisfaction immense.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, mais également à la réalisation de ce projet un peu fou, qui mène à l'obtention du diplôme d'infirmière en pratique avancée.

Tout d'abord, je tiens à remercier tout particulièrement le Dr Pierre-Marie Coquet pour ces nombreuses années de collaboration. Vous avez su fédérer les équipes et ouvert la voie de l'innovation en Sambre Avesnois. Travailler à vos côtés est un immense privilège. Profiter de votre expertise en qualité de directeur de mémoire est un honneur.

Sans vous, tout cela n'aurait été possible ! un immense MERCI.

Un immense merci également au Dr Rayan ADAWI, pour votre soutien sans faille et votre disponibilité. Tant de questions d'ordre méthodologique ou médical auxquelles vous avez pris le soin de répondre, mais également pour votre soutien et vos paroles toujours bienveillantes et énergisantes. Vous avez été le moteur de cette formation.

Je souhaite également remercier le Professeur François PUISIEUX ainsi que Madame Gwladys ACOULON, directrice des études et l'ensemble des enseignants et des intervenants de la faculté de médecine de Lille pour le partage de leur connaissance et pour la formation dispensée au cours de ces deux années de Master.

Un merci tout particulier à Madame Marie-Ève GODEFFROY pour sa bienveillance, sa disponibilité et son énergie durant ces deux années de formation.

Je souhaite remercier tout particulièrement les membres de mon jury. Je remercie le Professeur PUISIEUX, Madame ACOULON, Monsieur QUINDROIT, ainsi que le Docteur COQUET pour leur implication dans ce travail qui marque la finalité de la formation.

Mes remerciements sont adressés au Dr MURESAN et à l'ensemble de l'équipe du service de diabétologie du CHM pour leur accueil et leur apprentissage lors de mon stage de master 1.

Mes remerciements les plus sincères au Dr Jean-François LEMAITRE pour son apprentissage et le partage de ses connaissances lors de mon deuxième stage de master 1, et pour l'opportunité qu'il m'a offerte d'acquérir de l'expérience en soin primaire.

Il m'est impossible de ne pas remercier le Dr Éric SOULIÉ pour avoir rendu mon stage de master 2 aussi magique ! Cette immersion professionnelle et la confiance dont vous avez fait preuve à mon égard associée à l'accueil chaleureux et la bienveillance de toute l'équipe, sans parler de nos nombreux échanges professionnels, ont rendu ce stage parfait ! Un immense merci pour cette fabuleuse collaboration.

Je tiens à remercier les professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions, en me concédant du temps malgré des plannings bien chargés. Leurs contributions ont enrichi mon travail, et leur soutien dans ce projet m'a apporté de la force.

Nous y sommes arrivées, nous sommes allées au bout. Un grand merci à toi Betty pour ces deux années très studieuses, cette complicité et cette amitié !

Merci aux camarades de promotion du groupe du « jeudredi » avec qui j'ai partagé tant de choses ! Un buffet de compétences relié par les mêmes motivations.

Je remercie mes amies Chloé, Jessica, Dorothée et Sonia pour leur soutien et leur aide précieuse durant ces deux années de formation.

Je termine ces remerciements que j'adresserai à mon conjoint Alexandre, ainsi qu'à ma famille, à mes parents, frères, beaux-frères et belles-sœurs. Je salue votre patience et votre soutien sans faille. Merci de m'avoir transporté et d'avoir cru en moi.

Avertissement

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Glossaire

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

MSP : Maison de santé Pluriprofessionnelle

SCS : structure coordonnée de soin

ETP : Éducation thérapeutique du Patient

Asalée : action de santé libérale en équipe

IPA : Infirmier en Pratique avancée

IePA : Infirmier Étudiant en Pratique avancée

AM : assistant medical

PEPPA : Participatory, Evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing

AVC : accident vasculaire cérébral

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IDEL : Infirmier Diplômé d'État Liberal

ECG : électrocardiogramme

EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire

ONI : Ordre National des Infirmiers

MG : Médecin généraliste

ESP : Équipe de soin Primaire

PCS : pathologie chronique stabilisée

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

AVERTISSEMENT

GLOSSAIRE

SOMMAIRE

<i>Avant-propos</i>	1
<i>1 Introduction</i>	3
1.1 Démographie et état des lieux	3
1.2 Réorganisation et modernisation du système de santé	3
1.2.1 CPTS, SISA et modernisation du système de santé.....	4
1.2.2 Le principe de travail coordonné - l'équipe pluridisciplinaire	5
1.2.3 ETP et patient participatif	5
1.3 Les nouveaux métiers de la santé	7
1.3.1 Assistante médicale, infirmière Asalée : droit et prérogative	7
1.3.2 Nouvelles missions de l'infirmière : vaccination, prescription, certification de décès	11
1.3.3 Articulation médecin, IPA	12
1.4 L'identité de l'infirmière en pratique avancée	12
1.4.1 Histoire de l'infirmière en pratique avancée.....	13
1.4.2 L'expérience de l'IPA à travers des données internationales	13
1.4.3 L'IPA en France	16
1.5 Objectif principal de l'étude	20

2	Méthode	21
2.1	Type d'étude	21
2.2	Population et recrutement	21
2.3.	Consentement	22
2.4	Considérations éthiques.....	22
2.5	Entretiens / recueil de données	23
2.5.1	Lieu et matériel.....	23
2.5.2.	Le guide d'entretien.....	23
2.5.3.	Déroulement des entretiens	24
2.5.4.	Suffisance des données	24
2.5.5.	Triangulation	24
2.5.6.	Qualité de l'étude.....	24
2.6	Méthode d'analyse des données.....	25
2.6.1	Verbatim	25
2.6.2	Codage.....	25
3	Résultats et analyse	26
3.1	Données / description de l'échantillon	26
3.2	Résultats obtenus	27
3.2.1	L'identité de l'infirmière en pratique avancée	28
3.2.2	Les freins	31
3.2.3	Les leviers et les avantages.....	33
3.2.4	Collaboration Médecin/IPA/ IDEL/assistante médicale	35
3.2.5	Le caractère nouveau	36
3.2.6	Le modèle économique et le mode d'exercice.....	36

3.3	Analyse	38
4	Discussion	40
4.1	Synthèse des principaux résultats	40
4.2	Analyse critique des résultats - comparaison avec la littérature	41
4.2.1	IPA : l'ambiguïté d'un terme	41
4.4.2	Une profession à part entière : confusion dans les missions de chacun	43
4.4.3	Prescription médicale et renouvellement de traitement	45
4.4.4	Légitimité et leadership	46
4.4.5	Un professionnel déjà au cœur de l'action	48
4.4.6	Un soutien et non pas de la concurrence	48
4.4.7	La réticence des médecins ... mais pas que	49
4.4.8	Modalité d'exercice	51
4.4.9	Rémunération	53
4.4.10	Les bénéfices	54
4.2	Les forces	55
4.3	Les limites	56
4.5	Perspectives	57
5	Conclusion	60

BIBLIOGRAPHIE

TABLES DES MATIERES

ANNEXES

ABSTRACT

Avant-propos

Forte d'une expérience de 18 ans en soins infirmiers, dont 15 ans en qualité d'infirmière libérale, j'ai pu apprécier les différentes dimensions des soins et leur évolution à travers le temps.

En intégrant la SISA du Val de Sambre, j'ai fait évoluer mes pratiques professionnelles et découvert l'exercice coordonné. J'ai ainsi pu observer le bénéfice quant à la qualité des soins prodigués aux patients, mais aussi la valorisation professionnelle que cela apporte. J'ai également participé à l'élaboration de la consultation coordonnée, en binôme avec le médecin, mais aussi à l'éducation thérapeutique, qui modifie le schéma de prise de soin et met le patient au cœur de ses prises de décisions médicales.

Cela a suscité mon envie de m'investir dans ce changement de paradigme, en entreprenant la formation de master en pratique avancée. Dans ce diplôme de grade master, il nous est demandé d'entreprendre un travail de fin d'études pour lequel le choix de la thématique nous est libre.

Afin de choisir le thème de ce travail, je me suis posée plusieurs questions telles que quel peut être le rôle d'une IPA en soins primaires dans un exercice coordonné déjà en place ? Quelles représentations de ce nouveau métier peuvent avoir les différents membres de l'équipe coordonnée ? Quelle plus-value la collaboration médecin-IPA peut-elle apporter dans la prise en soin des patients ?

Aussi, de ce questionnement a émané ma question de recherche, à savoir :

Quelles peuvent être les représentations des différents membres de l'équipe coordonnée concernant l'IPA, ses missions, sa fonction et les limites de son exercice ?

Pour ce faire, nous allons introduire ce travail, dans un premier temps, en faisant référence à la démographie actuelle et à un état des lieux associé, dans un second temps nous aborderons la réorganisation et la modernisation du système de santé. En troisième temps, nous

verrons quels nouveaux métiers de santé ont émergé, et, pour finir, nous évoquerons la place de l'infirmière en pratique avancée dans ce nouveau système de santé.

Pour mener à bien cette étude, nous avons investigué auprès des professionnels acteurs du territoire, membres de la SISA, pour apprécier leurs connaissances et leurs attentes quant à cette nouvelle collaboration qui va leur être proposée.

1 Introduction

1.1 *Démographie et état des lieux*

La France compte 68,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2025, dont un tiers a plus de 75 ans et 13% a plus de 85 ans. Les prédictions, entre 2030 et 2050, tendent vers un effectif des plus de 75 ans multiplié par trois et celui des plus de 85 ans par 4. (1)

L'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux âges avancés des générations issues du baby-boom ont un impact direct sur cette explosion démographique, qui vont engendrer une difficulté à répondre à la demande en santé de cette dernière.

Ce phénomène marque également l'augmentation des pathologies chroniques, qui ont modifié les besoins en santé et ont nécessité un remaniement de la vision et de l'accès au soin. Cette dernière décennie a donc fait naître une évolution en termes d'offres de soin.

L'objectif gouvernemental est d'améliorer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques et de renforcer l'accès au soin des 5,6 millions de personnes potentiellement concernées.

Le territoire du Val de Sambre, qui concerne cette étude s'étend de Bavay à Jeumont et compte 108 000 habitants (2) Elle recense 47 médecins, sur 16 communes, dont 1/3 ont plus de 60 ans et 1/3 ont plus de 65 ans.(3) Ces chiffres sont le reflet du profil sanitaire actuel et démontrent le phénomène de désertification médicale qui impacte la France.

1.2 *Réorganisation et modernisation du système de santé*

A travers ce paragraphe, nous aborderons l'évolution du système de santé, notamment la création des CPTS et des SISA, qui favorise le travail coordonné entre les différents acteurs du territoire et favorise l'empowerment du patient.

1.2.1 CPTS, SISA et modernisation du système de santé

Ce vieillissement démographique a modifié le profil des patients rencontrés au profit des pathologies chroniques, qui a fait évoluer les besoins en santé de la population. Ce nouveau portrait a soulevé des questionnements, et a nécessité un remaniement de la vision et de l'accès au soin. Au cœur des préoccupations gouvernementales, la modernisation du système de santé a donc été une priorité nationale, avec notamment la création des ARS et l'émergence des SISA. (4)

Ce changement de paradigme a donc engendré la réorganisation de l'ensemble du système de santé, et a nécessité de repenser le mode d'exercice, notamment en soin primaire, en développant l'équipe coordonnée pluridisciplinaire et fait apparaître de nouvelles professions comme les infirmiers coordinateurs, les assistants médicaux, mais aussi les infirmiers en pratique avancée...

Les CPTS, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, constituent des réseaux de soignants désireux de travailler ensemble, avec l'idée commune d'évoluer autour d'une problématique en lien avec le patient, à l'échelle d'une population.

En 2007, les pouvoirs publics, sous la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) soutiennent la création et le développement des MSP. Le système de santé ne peut se déployer ni évoluer sans la participation active des professionnels de santé. Toujours dans le but d'améliorer l'accès au soin, les SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) créées en 2011, sous l'impulsion elles aussi de la loi HPST, permettent aux structures coordonnées de soins (SCS), de type MSP, de percevoir collectivement des subventions forfaitaires, afin de rémunérer les activités réalisées par les professionnels de santé y exerçant.

Ainsi, la SISA peut, à titre d'exemple, salarier des psychologues, rémunérer des professionnels de santé pour des actes non régis par la nomenclature, ect...

1.2.2 Le principe de travail coordonné - l'équipe pluridisciplinaire

Ce changement de paradigme a donc engendré la réorganisation de l'ensemble du système de santé, et de repenser le mode d'exercice, notamment en soins primaires, en développant l'exercice coordonné pluri professionnel sur les patientèles.

L'objectif est de promouvoir l'exercice coordonné, en majorant les chances pour le patient d'avoir une meilleure gestion du suivi de sa santé et pour le professionnel de trianguler autour du patient. La CPTS, à l'initiative des professionnels de santé de ville du premier et second recours, a pour objectif de regrouper les acteurs de santé du territoire, mais également de travailler en collaboration avec les autres professionnels afin de répondre à une problématique de santé territoriale (5).

La force de ce dispositif résulte donc du travail en collaboration entre les professionnels de santé, en association avec les différents acteurs au service du patient (établissement de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux, association de patients, ...)

1.2.3 ETP et patient participatif

Le concept d'éducation thérapeutique du patient prend naissance en 2009. Il a été influencé par l'évolution des pathologies chroniques. Tel que défini par l'OMS, l'ETP « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » (6). Il consiste à inviter le patient à être au cœur de sa problématique de santé et à en être acteur. Ainsi, en opposition au modèle paternaliste, l'ETP requiert du patient de devenir l'acteur principal de santé, porté par les conseils de différents professionnels de santé.

L'ETP peut donc se faire soit sous forme de « programmes », soit sous forme « d'actions éducatives ciblées » dites « AEC ». Pour se faire, le patient, ainsi que son entourage, le cas échéant, bénéficient d'un apprentissage, sous la forme d'ateliers ludiques et ciblés, qui nécessitent au préalable d'évaluer ses connaissances et ses demandes en lien avec sa ou ses pathologies chroniques. Une parfaite adhérence du patient au concept est la clé du succès. L'ETP peut se faire également en consultation, lors d'un temps dédié. La consultation médicale est un moment propice pour renforcer l'ETP, et revenir sur les éléments qui nécessitent un éclaircissement.

L'objectif principal est de permettre au patient de vivre avec sa maladie chronique, en lui permettant de maintenir une qualité de vie optimale, en développant son autonomie dans les soins, en lui apportant les connaissances nécessaires concernant la maladie en elle-même, les traitements, son évolution et en le sensibilisant aux attentions particulières qu'il doit apporter à sa maladie.

Pour se faire, l'ETP comporte 2 axes majeurs :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et de sécurité (soulager ses symptômes, utilisation d'appareil d'auto-mesure, l'adaptation de doses selon un protocole, la réalisation de gestes techniques de soins, ...)
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (modification des comportements de santé, adaptation du mode de vie, gestion des émotions et du stress, ...) (7).

En outre, l'ETP vise à lutter contre l'inertie clinique, qui met en corrélation la non-concordance des prescriptions du médecin avec les recommandations de celui-ci, afin, d'une part d'offrir au patient une meilleure qualité de vie, d'autre part, de pourvoir aux dépenses de santé (8).

Pour se faire, l'ETP est dispensé par des professionnels de santé formés, comme par exemple, les médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, IDE, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, ... (9)

Les Hauts de France comptent à ce jour plusieurs programmes d'ETP, qui visent les pathologies chroniques les plus courantes, pourvoyeurs de comorbidités.

Ainsi, la population a accès à des programmes abordant les thématiques suivantes :

- Troubles respiratoires
- Pathologies cardiovasculaires
- Obésité et surpoids de l'adulte et de l'enfant
- Sclérose en plaque, Parkinson, Alzheimer
- Santé mentale

- Cancer
- Diabète adulte, enfant et gestationnel.

Ainsi, le site www.hauts-de-france.ars.sante.fr (10) permet d'avoir accès à une cartographie des programmes recensés dans la région.

Ce travail d'équipe renforce la puissance de l'équipe coordonnée et ouvre d'autres perspectives, en créant de nouvelles fonctions, dans le domaine du médical. Cependant, le problème de recrutement concernant les patients reste un frein, et ce, malgré l'orientation des professionnels.

Après avoir évoqué ci-dessus les raisons de la modernisation du système de santé, nous allons voir quels nouveaux métiers de la santé ont dû être repensés, afin de faire face à ce nouveau paradigme.

1.3 Les nouveaux métiers de la santé

1.3.1 Assistante médicale, infirmière Asalée : droit et prérogative

La loi « Ma Santé 2022 » va insuffler un courant de nouveauté concernant les métiers de la santé. Ainsi, de nouvelles professions comme les infirmiers coordinateurs, les assistants médicaux, les infirmiers « Asalée », mais aussi les infirmiers en pratique avancée apparaissent en offrant une diversité d'offres de soin.(6)

Les **assistants médicaux**, depuis 2019, peuvent prendre en charge certaines tâches à la place du médecin. L'objectif est de permettre aux médecins de libérer du temps médical

Ils peuvent effectuer différentes missions :

- accueil des patients, recherche des informations administratives et médicales, création et gestion de son dossier administratif
- recueil de certaines données ainsi que de certaines informations
- prise des constantes, déshabillage et habillage du patient, préparation et aide aux gestes techniques, aide à la mise à jour du dossier médical, mode de vie...

- vérification de l'état vaccinal
- vérification des dépistages courants
- prise de rendez-vous avec des spécialistes ou missions de coordination avec les autres acteurs du parcours du patient.

L'AM également appelé « assistant de santé » peut effectuer des tâches administratives, médico-sociales ou paramédicales, ce qui ferait gagner du temps médical au bénéfice du patient.

Les assistants médicaux permettent donc de favoriser un meilleur accès aux soins des patients et assurer de meilleures conditions d'exercice, au regard des différentes missions qui lui sont confiées par le médecin. (6)(9)(11)(12)

Afin de répondre aux besoins en santé de la population, **l'expérimentation Asalée** (action de santé libérale en équipe) a vu le jour en 2004. En 2009, le dispositif s'inscrit dans le cadre de l'expérimentation autour des nouvelles organisations, via l'article 51 permettant les innovations organisationnelles et la promotion de l'innovation en santé. Depuis 2021, son financement relève de l'Assurance Maladie.

Le but de l'infirmière Asalée vise l'amélioration de l'offre et de la qualité de soin en rendant le patient acteur de sa santé et de son parcours.

Ses missions sont larges puisqu'elle accompagne le patient et son entourage :

- Dans la compréhension et la gestion de la pathologie chronique, à travers l'ETP.
- La réalisation des actions de santé publique à travers la prévention et le dépistage des facteurs de risques, tels que le diabète, les cancers, la BPCO, ou les troubles cognitifs, mais également le suivi et le traitement des problèmes de santé à travers une approche holistique.
- La réalisation d'actes dérogatoires tels que tests, examens cliniques et paracliniques (monofilament, examen des pieds, cognitifs, électrocardiogramme [ECG], spirométrie...)
- La rédaction de courriers d'adressage du fond d'œil, rétinographie

- La prescription d'examens biologiques et complémentaires permettant le suivi du patient.

L'infirmière Asalée a donc permis, par son protocole d'expérimentation à grande échelle, d'intégrer la consultation infirmière à la pratique courante mettant en avant le renforcement de l'éducation thérapeutique en consultation, le suivi de patient ayant une pathologie chronique, mais également la réduction des ruptures de parcours en soin primaire. Cette prise en charge globale du parcours patient se rapproche donc des missions de l'IPA et en est les prémices, permettant ainsi son implantation progressive (13).

Néanmoins, les missions de ces différentes professions doivent se distinguer les unes aux autres, notamment auprès des patients, afin de lever toute confusion. Ainsi, il convient de définir le périmètre d'activité de l'IPA, qui dispose d'un diplôme d'État universitaire de Master 2, tandis que le statut d'Infirmier Asalée est accordé à un IDE par l'association de loi 1901 Asalée et que celui d'Assistant médical est ouvert à la fois aux auxiliaires médicaux (IDE, aide-soignant) et non-soignants (les secrétaires médicales).

Du fait de ce positionnement, l'IPA est également en lien étroit avec les infirmiers et les différents acteurs pour assurer la meilleure fluidité possible du parcours de soin et la fédération des équipes.



*La revue de l'infirmière, mai 2024, volume 73 (14) (annexe 1)

1.3.2 Nouvelles missions de l'infirmière : vaccination, prescription, certification de décès

La profession d'infirmière a vu cette dernière décennie un déploiement et une revalorisation de ses compétences. Dans le cadre de la politique de santé qui requiert de repenser l'exercice en soin primaire, Les infirmières sont amenées à exercer de nouvelles fonctions afin d'élargir l'éventail des services proposés aux patients dans le secteur ambulatoire ou au domicile. L'objectif est d'améliorer la rapidité de la réponse à la demande du patient et à mieux orienter celui-ci en fonction de ses besoins.

Les déterminants pouvant expliquer le développement des rôles infirmiers reposent sur deux grands axes d'analyse :

- la démographie médicale décroissante ; l'organisation des systèmes de santé par le développement et financement des soins primaires ; la demande croissante de soins à domicile, notamment dans le cadre de la dépendance.

- l'organisation de la profession infirmière elle-même (reconnaissance sociale d'une compétence limitée à un domaine technique à la reconnaissance d'une expertise générale) (15).

Ainsi, de nouveaux actes ont été apportés à leur décret de compétences :

- 2006 : prescription des dispositifs médicaux, des produits antiseptiques et du sérum physiologique

- 2007 : vaccination antigrippale sans prescription médicale

- 2009 : renouvellement de contraceptifs oraux

- 2016 : prescription de substituts nicotiniques

- 2019 : adaptation de dose sur protocole dans le cadre d'un exercice coordonné

(16)(15)

- 2024 : certificat de décès (17)

1.3.3 Articulation médecin, IPA

Dans le cadre de la continuité du parcours de soin, l'IPA se voit confier des prises en soin par le médecin, en accord avec le patient. Le médecin reste l'acteur principal du projet de soin, mais inclut l'IPA dans la démarche éducative, réflexive et lui laisse son autonomie professionnelle.

Le médecin se montre disponible, lorsque l'IPA juge que la situation ne requiert plus de son champ de compétence, ou constate une dégradation de l'état de santé du patient. Une étroite collaboration est nécessaire dans la prise en soin de ces situations complexes. Des temps d'échange, de coordination et de concertation sont nécessaires, afin d'apporter au patient une vision globale des soins, ainsi qu'un avis collégial de la situation médicale.

Le médecin travaille donc de concert avec l'IPA, qui renforce l'équipe de soin, en proposant une consultation longue, qui ne remplace pas la consultation médicale, mais permet d'accorder du temps sur les points nécessaires, identifiés par l'IPA. Cette prise en charge holistique permet au patient d'avoir accès à un panel d'offres de soins plus large. La mise en perspective du profil de l'IPA permet donc de renforcer l'équipe pluriprofessionnelle, en libérant du temps médical au médecin et en apportant une réponse au patient.

L'IPA se positionne donc en relais du médecin, utilisant ses compétences renforcées en consultation, examens cliniques, connaissances des pathologies et des recommandations de santé et théories de soins infirmiers, au service de la personne soignée.

1.4 L'identité de l'infirmière en pratique avancée

Selon le code de la santé publique (17), l'obtention du diplôme d'état infirmier est un prérequis afin d'accéder au diplôme grade master d'infirmière en pratique avancée, auquel s'ajoutent 3 années d'expériences professionnelles, afin de pouvoir exercer. La formation est accessible en formation initiale, soit dans la continuité du diplôme d'état infirmier, mais nécessitera, le cas échéant, 3 ans d'expériences professionnelles.

1.4.1 Histoire de l'infirmière en pratique avancée

Aujourd'hui, plus de 60 pays ont implanté des IPA. L'Angleterre, les États-Unis, le Canada ou encore la Suisse qui a opté pour ce modèle, par le terme « advanced nurse practitioners » depuis les années 2000, afin de répondre aux défis du système de santé. Le recul de ces 2 dernières décennies a permis de mettre en avant les bénéfices apportés par cette nouvelle pratique (18)

1.4.2. L'expérience de l'IPA à travers des données internationales

1.4.2.1. La naissance de l'IPA

La naissance de l'infirmière en pratique avancée est datée des années 1950. Elle s'est développée en premier lieu aux États-Unis à la fin du XIX^{ème} siècle : *“des pratiques infirmières expertes se sont développées aux États-Unis dès la fin du XIX^e siècle, en réponse à des besoins locaux spécifiques. Hildegard Peplau introduit les termes de « pratique avancée » en 1954 en évoquant une « expertise prenant en compte les avancées et les pratiques nouvellement développées dans l'exercice des soins infirmiers ».* La pratique avancée infirmière a donc été introduite aux États-Unis afin de répondre à des besoins de santé populationnels spécifiques, notamment en termes de soins infirmiers psychiatriques.

Au Canada, l'infirmière en pratique avancée a vu le jour dans les années 1960 afin de répondre à une pénurie de médecins en terme de soins primaires sur le territoire : *“Au Canada, la mise en place des pratiques infirmières avancées a lieu essentiellement pour répondre à un déficit de médecins sur certaines parties du territoire. Le statut d'infirmière praticienne y est créé dans les années 1960 [...]”.*

À travers ces premières implantations de l’infirmière exerçant en pratique avancée, nous pouvons en déduire que les prémices de l’IPA d’aujourd’hui sont nées au sein du territoire Américain et ont évolué sur le territoire Canadien.(19)

1.4.2.2. La pratique avancée d’aujourd’hui

D’après J. TONIOLO, *“La pratique avancée infirmière semble être une réponse stratégique prometteuse aux enjeux de santé de demain notamment dans le contexte de la transition épidémiologique et de la prise en charge des maladies chroniques.”*

En effet, au regard des différentes lectures effectuées, l’IPA semble être, à travers différents regards internationaux, une réponse à la désertification médicale.

“Ces infirmières de niveau master, ont déjà démontré dans la littérature leur capacité à réaliser des prises en charge efficaces impactant positivement la santé des personnes. [...] Nos travaux ont mis en évidence le potentiel significatif de la pratique avancée infirmière pour améliorer l’accès aux soins, la qualité de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et l’efficacité des systèmes de santé.”

Ainsi, J.TONIOLO, met en évidence l’amélioration des indicateurs de santé pour les patients ayant intégré l’IPA dans leur parcours. Il y fait également référence aux bénéfices apportés à l’équipe.

Ces études internationales permettent donc de mettre en évidence la valeur ajoutée de l’IPA, tant pour le patient que pour l’équipe de soins, laissant présager un devenir similaire pour la France. (20)

Pour analyser la plus-value des métiers faisant état de pratiques avancées, une Organisation des Coopérations et Développement Économique (OCDE) a réalisé une étude, par le biais de M.L. Delamaire et G. Lafortune, en portant sur l’analyse du développement de la pratique avancée. Cette étude prend en compte l’implantation de la pratique avancée dans douze pays différents. : *“Cette étude analyse le développement des pratiques infirmières avancées dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni), en se concentrant notamment sur leurs rôles dans les soins primaires. Elle analyse aussi les évaluations des impacts sur les soins des patients et les coûts”.*

Ainsi, cette étude permet de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les pays ayant déjà implanté la pratique avancée, mais également les valeurs ajoutées concernant les indicateurs de santé pour la population, ainsi que l'impact économique. Cela permet d'avoir un modèle d'implantation en s'appuyant sur les forces et les limites de ces dernières et de bénéficier d'un retour d'expérience : *“Les pays de l'OCDE sont à des stades très différents dans la mise en œuvre des nouveaux rôles avancés infirmiers. Alors que certains pays comme les Etats-Unis, le Canada et le Royaume-Uni ont commencé à mettre en œuvre de tels nouveaux rôles dès les années 60 et 70, d'autres pays commencent tout juste à en explorer les possibilités. Cela offre de bonnes opportunités pour les pays qui envisagent l'introduction de tels nouveaux rôles de tirer des leçons de l'expérience des pays qui ont de l'avance quant aux bénéfices et aux coûts potentiels de développement de ces rôles et d'élaborer des stratégies pour surmonter les obstacles potentiels à leur mise en œuvre”*.

A l'issue de cette étude, quatre items principaux sont ressortis et font état d'un constat. Ces quatre items abordés sont les intérêts professionnels, l'organisation des soins et les mécanismes de financement, l'aspect législatif et réglementaire, et, enfin l'aspect formatif. Pour résumer cette étude, nous développons ci-après ce qu'elle aborde dans ces différents points.

Les intérêts professionnels : cette étude met en évidence des freins liés aux implantations concernant la réticence des équipes médicales au regard du champ de compétence, de la perte d'activité, donc du facteur économique, de la responsabilité et du degré d'autonomie : *“ Dans la plupart des pays, l'opposition des associations médicales a été le principal obstacle à la progression des rôles avancés infirmiers. Les principales raisons des résistances des médecins aux rôles avancés infirmiers incluent un chevauchement potentiel dans le champ de pratique et une perte d'activité, le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratique avancée, et des préoccupations relatives à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle et concernant les compétences des infirmières en pratique avancée”*.

Organisation des soins et mécanismes de financements : tous les pays n'ont pas adopté le même modèle d'implantation, qu'il soit économique et relatif au champ de compétences. Certains étendent les prérogatives des infirmières en limitant leur champ de compétence et de

prescription, quand d'autres pays bornent de façon beaucoup plus large l'activité : *“Il existe beaucoup de variations dans les différents pays concernant l'organisation et le financement des services de santé, particulièrement dans les soins primaires. Divers modes d'organisation et de financements fournissent différentes incitations pour l'expansion de rôles avancés infirmiers. En général, les pratiques infirmières avancées de soins primaires sont plus développées dans les pays où ces soins sont principalement fournis par les cabinets de groupes à la différence des pays où ils continuent d'être assurés surtout par un exercice médical isolé”*.

Législation et réglementation: il a été nécessaire de repenser le cadre législatif, qui se veut en perpétuelle évolution : *“Dans la plupart des pays, le développement de rôles avancés infirmiers a nécessité des changements législatifs et réglementaires, afin de supprimer les obstacles à la mise en œuvre de ces nouveaux rôles. De tels obstacles peuvent se rapporter, par exemple, aux droits des infirmières à prescrire des médicaments ou à l'accomplissement d'autres rôles dans les soins primaires ou les hôpitaux”*.

Formations initiale et continue : cette étude met en lumière l'importance de développer l'accessibilité à la formation, afin de former le nombre suffisant de professionnels nécessaires : *“ Il existe aussi un besoin d'assurer suffisamment de places disponibles dans les formations initiale et continue afin de fournir les compétences nécessaires pour pourvoir les postes des nouveaux rôles avancés infirmiers”*. (21)

1.4.3 L'IPA en France

1.4.3.1 Historique de la pratique avancée en France

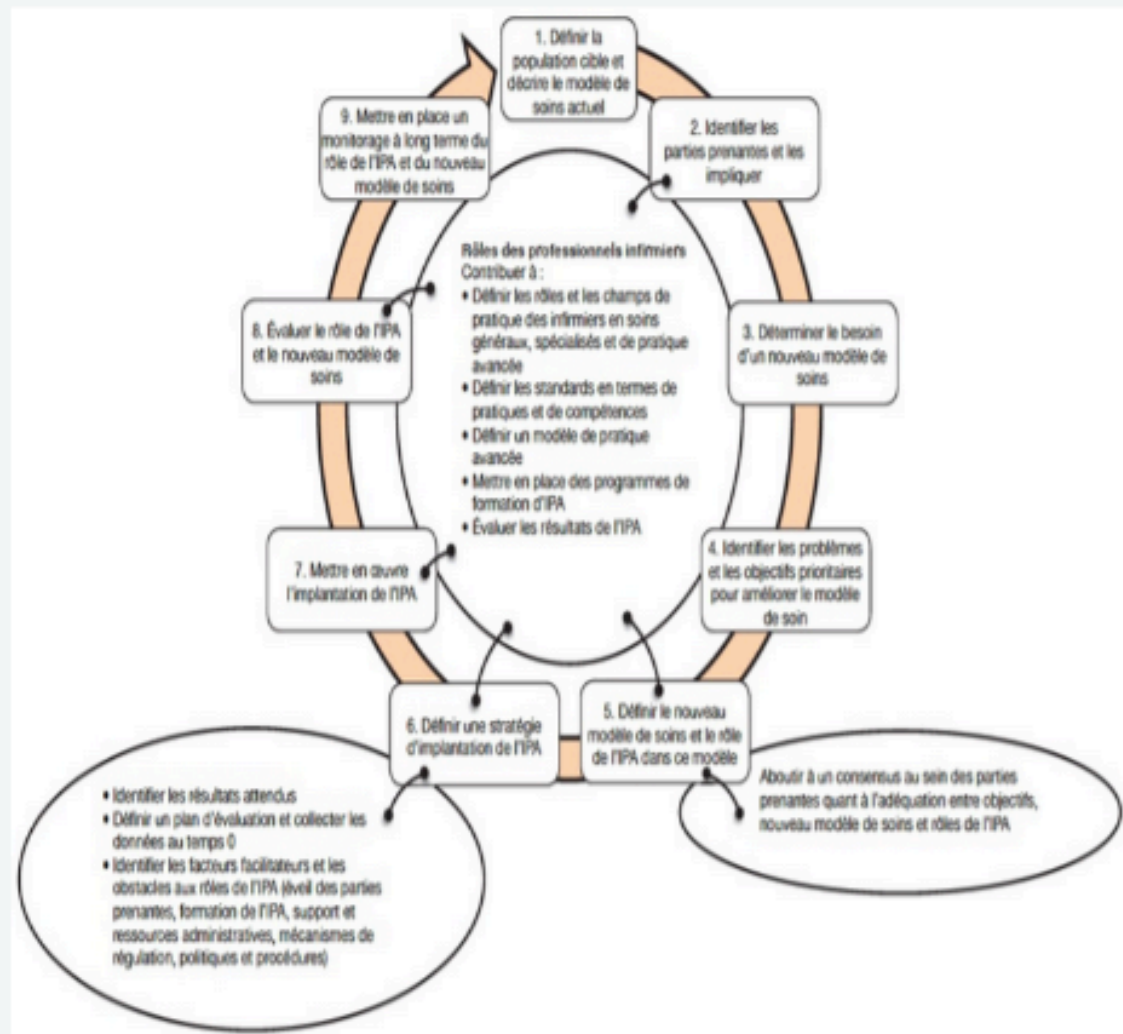
- 2016 : loi de modernisation du système de santé
- 2018 : texte réglementaire sur l'exercice IPA et la formation. Définition de 3 mentions : « Pathologie chronique stabilisée », « oncologie », « maladie rénale chronique ».
- 2019 : création de la mention « psychiatrie et santé mentale »
- 2021 : création de la mention « Urgences »
- 2022 : LFSS art.76 sur la primo prescription « expérimentation »

En France, l'utilisation d'un modèle de référence, le modèle PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing) a permis d'intégrer l'IPA dans le paysage sanitaire : « Le modèle PEPPA est un modèle qui est utilisé à l'international, partout, pour l'implantation des infirmiers en pratique avancée. », selon la fédération nationale des centres de santé.

Implanter des IPA dans une structure de soins nécessite des prérequis. Aussi, le modèle PEPPA s'appuie sur une multitude de caractéristiques. Il repose sur la description de la population cible et du modèle de soin actuel, l'identification des parties prenantes, déterminer le besoin d'un nouveau modèle de prise en charge, d'identifier les problèmes et les objectifs prioritaires pour améliorer le modèle de soin, définir le rôle de l'IPA et la stratégie d'implantation, la mettre en œuvre, évaluer l'impact, mettre en place un monitoring à long terme du rôle de l'IPA et du nouveau modèle de soin, c'est-à-dire réaliser un suivi à long terme.

(22)

Déclinaison francophone du modèle PEPPA (14)



(annexe2)

1.4.3.2 Profil de l'IPA

L'IPA, au terme de ces deux années de formation, obtient un diplôme grade master. Les compétences acquises lors de la première année de master en tronc commun permettent au professionnel d'acquérir des connaissances en physiopathologie, santé publique, recherche, éthique et déontologie. De ce fait, l'IPA est à même de dépister et agir en prévention de pathologies en dehors de sa mention, et d'orienter le patient vers des spécialistes.

Au terme de sa première année d'étude, L'IePA (Infirmier Étudiant en Pratique Avancée) choisi une mention parmi lesquelles :

- pathologie chronique stabilisée
- oncologie
- santé mentale
- maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale
- urgences

L'IPA développe des compétences cliniques qui sont les compétences centrales :

- Le jugement clinique expert
- la gestion des soins

Mais également des compétences transversales :

- le leadership clinique et professionnel, le mentorat et le coaching
- le renforcement de l'ETP
- prévention et promotion à la santé
- la recherche
- l'autonomie professionnelle
- la collaboration et les relations interprofessionnelles
- la pratique fondée sur les preuves
- la pratique éthique et juridique

Pour cela, dans la mention pathologie chronique stabilisée, l'IPA sera amenée à prendre en santé des patients ayant les pathologies suivantes :

- AVC
- artériopathie chronique
- cardiopathie, maladie coronarienne, insuffisance cardiaque
- diabète I et II
- Insuffisance respiratoire chronique
- asthme, BPCO
- Alzheimer, parkinson et autres démences
- épilepsie
- ... (18)

Un compte rendu des soins réalisés est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé. Ce compte rendu se veut détaillé et doit aborder tous les aspects du patient (clinique, antécédents, situations sociales, thymie...)

Pour pallier la pénurie de médecins, la loi « RIST » (23) du 19 mai 2023 qui vise à « amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé » prévoit d'étendre le champ de pratique des IPA :

- accès direct du patient à l'IPA.
- réaliser des primo-prescriptions (décret actualisé au 25 avril 2025) (18)

Dans la loi finalement adoptée en janvier 2025, l'accès direct aux IPA est limité à celles exerçant dans les établissements de santé et les structures d'exercice coordonné et une expérimentation est prévue pour les IPA exerçant dans une CPTS.

1.5 Objectif principal de l'étude

Pour ce travail, il semble nécessaire d'exposer ici l'objectif principal de cette étude qui sera d'apprécier le ressenti des professionnels de santé membre d'une équipe pluridisciplinaire concernant l'Infirmière en pratique avancée, son rôle, ses missions, ses droits et ses limites.

Afin d'effectuer ce travail de recherche, il me semblait pertinent d'avoir recours à une méthodologie qualitative exploratoire, en recueillant les données grâce à des entretiens semi-directifs réalisés de façon individuels et anonymes, jusqu'à suffisance des données. L'étude se vaudra monocentrique, et investiguera auprès des professionnels de la SISA.

2 Méthode

2.1 *Type d'étude*

Ce travail de recherche est une étude qualitative exploratoire descriptive monocentrique.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi dirigés.

L'étude qualitative est destinée à décrire et collecter des données en lien avec les opinions, en prenant en compte le langage verbal et non verbal des participants. Elle semblait la plus appropriée afin de répondre à la question posée, tout en permettant d'apprécier le ressenti et l'état d'esprit des participants. (24)

2.2 *Population et recrutement*

L'étude portait sur les professionnels de santé, inscrits dans l'exercice coordonné pluriprofessionnel.

Les personnes ont été recrutées sur l'annuaire des professionnels de santé de la CPTS. Au vu de la problématique, il semblait judicieux d'interroger des professionnels de santé membres de la SISA.

Afin de recueillir un avis des données les plus représentatives possibles, l'enquêteur a interviewé des acteurs de l'équipe pluriprofessionnelle, ayant différents métiers. Un échantillonnage théorique a donc été réalisé suivant la profession du participant. Le panel de participants comprenait donc des médecins généralistes, des infirmiers (ières), un masseur-kinésithérapeute, un podologue, un pharmacien et un neuro-psychologue.

Les participants ont été choisis afin d'avoir un panel représentant une variation maximale d'âge, et d'ancienneté dans la profession. La parité homme/femme a été respectée au maximum.

Le recrutement a été réalisé par téléphone. Aucune personne ne s'est opposée au traitement des données.

2.3. Consentement

Une lettre explicative a été envoyée aux participants, et une explication de l'étude a été faite à l'oral en préambule de l'entretien. Un formulaire de consentement (cf annexe 4) mentionnant l'objet de cette recherche a été délivrée aux participants, les invitant à participer à l'étude, sans préciser la question de recherche de l'étude et un formulaire de consentement a été recueilli auprès des personnes interrogées, mettant l'accent sur l'anonymat, et l'utilisation des données recueillies uniquement à visée exploratoire. Il était précisé que les données seraient détruites à la fin de l'étude.

Un échantillonnage ciblé semblait préférable à un échantillonnage aléatoire pour éviter la non-saturation des données

Les critères d'inclusion étaient :

- Professionnel de santé inscrit dans l'exercice pluriprofessionnel
- Professionnel membre de la SISA
- professionnel en soins primaires

Les critères de non-inclusion étaient :

- Professionnel non-membre de la SISA
- professionnel en soins secondaires ou tertiaires

Les critères d'exclusion étaient :

- Les personnes ayant refusé de participer à l'enquête

2.4 Considérations éthiques

Cette étude s'inscrit dans la méthodologie de référence dite MR004 de la CNIL, et n'impliquait pas la personne humaine telle que définie par la loi Jardé (25).

En effet : « *Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre :*

Les recherches qui ne sont ni organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités

37 d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé ».

Elle n'est donc pas soumise au chapitre IX de la loi « Informatique et Libertés », et aucune formalité administrative n'est requise, en dehors de l'anonymisation des données recueillies et du recueil du consentement éclairé des participants.

La recherche étant menée au sein de SISA du val de Sambre, et ne comportant de données de santé clinique, elle ne fait donc pas l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL

2.5 Entretiens / recueil de données

2.5.1 Lieu et matériel

Les entretiens ont été réalisés soit au sein de la MSP Liberté Pôle Santé, soit au sein des locaux administratifs de la CPTS, dans un bureau fermé, sans téléphone pour veiller au bon déroulé de l'entretien et préserver la quiétude. Ces lieux étaient propices à la réflexion et au calme, et étaient familiers des personnes interrogées.

Les entretiens ont été recueillis sur un dictaphone de marque COCOONISE et retranscrits via le logiciel MICROSOFT WORD sous forme de verbatim.

2.5.2. Le guide d'entretien

Afin de réaliser cette étude, nous avons choisi d'utiliser un guide d'entretien, qui laisse place au ressenti des personnes interrogées et permet ainsi d'obtenir un état des lieux sur une situation. En ce sens, une évolution du guide est préconisée, afin de recueillir un maximum d'authenticité, contrairement aux questionnaires, plus standardisés, qui recueillent des données vérifiables, plus adaptés à une étude hypothético-déductible (26).

Un guide d'entretien a été réalisé afin de donner un fil conducteur aux entretiens. Le guide initial a été utilisé lors des 2 premiers entretiens et a évolué au cours des entretiens suivants. (cf. annexe 5 et 6)

2.5.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens débutaient par une présentation succincte de l'enquêteur, puis par une présentation de la thématique. Le respect de l'anonymat était rappelé, et un point sur la destruction des données après analyse ainsi que l'utilisation des données étaient précisés.

Une durée de 30 à 45 minutes était prévue pour réaliser le recueil, comprenant l'installation, la présentation et l'entretien.

2.5.4. Suffisance des données

Les entretiens ont été réalisés du 19 septembre 2024 au 05 mars 2025.

Les entretiens ont duré de 7 min 04 à 30 min 58, pour une durée totale de 2h56 min, avec une moyenne de 15 min par entretien.

Douze entretiens ont été réalisés, jusqu'à obtention d'une suffisance des données.

La suffisance des données survient lorsque les entretiens amènent suffisamment d'éléments pour répondre à la question de recherche.

2.5.5. Triangulation

Une triangulation des données a été réalisée par un médecin expert en recherche qualitative, le Docteur ADAWI Rayan et une collègue de promotion, Mme BREBANT Betty, réalisant également une étude qualitative, afin de limiter les biais d'interprétation.

2.5.6. Qualité de l'étude

La méthodologie respecte les critères de scientificité de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), (cf annexe 3).

2.6 Méthode d'analyse des données

2.6.1 Verbatim

Les entretiens ont été retranscrits manuellement mot pour mot, sans modifications des termes ou des expressions. Le style linguistique a été respecté. Le langage para-verbal et gestuel a été retranscrit, sous forme de notes lors de l'entretien, puis tracé dans la retranscription.

Ce travail de retranscription constitue le verbatim. Ce verbatim permet l'analyse des données, nécessaire à donner de la substance au travail, afin de répondre à la question de recherche.

2.6.2 Codage

L'utilisation de la méthode dite de "la table longue" a été utilisée.

Un système de codage à la main, en reprenant mot pour mot chaque mot, phrase ou paragraphe a été réalisé tous les deux entretiens (évaluation de la fréquence de répétition pour réaliser le codage descriptif), puis regroupé sous forme de thèmes, puis de sous thèmes, correspondant au codage axial pour enfin aboutir au codage sélectif.

3 Résultats et analyse

3.1 Données / description de l'échantillon

Personne	Sexe	Âge	Profession	Ancienneté dans la profession	Memb re de la SISA	Durée de l'entretien
P1	H	67	Médecin généraliste	39 ans	oui	11 min 46
P2	F	35	IDEL/IDEC	11 ans	oui	13 min 41
P3	H	29	Médecin généraliste	1 an	oui	11 min 32
P4	F	65	Masseur- kinésithérapeute	42 ans	oui	7 min 04
P5	F	53	IDEL coordinatrice/ AM	30 ans	oui	18 min 25
P6	F	47	IDEL azalée	24 ans	oui	14 min 04
P7	F	35	IDEL	11 ans	oui	15 min 25
P8	H	60	Médecin généraliste	30 ans	oui	9 min 45
P9	H	59	podologue	38 ans	oui	17 min 33
P10	F	47	IDEL	30 ans	oui	30 min 58
P11	H	42	Pharmacien	18 ans	oui	13min 18
P12	F	27	Neuropsychologu e	4 ans	oui	12 min 10
enquêteur	F	41	IePA	18 ans	oui	

(Idel : infirmière libérale ; IePA : infirmière étudiante en pratique avancée ;
IDEC :Infirmière coordinatrice)

3.2 Résultats obtenus

Après analyses des résultats obtenus, nous ressortons 6 grands thèmes et 15 sous-thèmes.

Thèmes	Sous-Thèmes
Identité de l'IPA	- Définition de l'IPA - Les missions de l'IPA - Représentation - Légitimité
Les freins	- Freins - Méconnaissance des missions - Impact sur l'équipe par manque d'installation d'IPA - Méconnaissance de l'exercice coordonné et des soins primaires
les leviers et avantages	- Appréciation du travail et de la valeur ajoutée dans le temps - Notion de confiance - Désertification et temps médical
La collaboration médecin/IPA/IDE/Assistant médical	- IDE et IPA - IPA assimilée à assistant médical
Le caractère nouveau	
Le modèle économique Et le mode d'exercice	- Méconnaissance du modèle économique - Le mode d'exercice

3.2.1 L'identité de l'infirmière en pratique avancée

3.2.1.1 Définition de l'IPA

Les personnes interrogées semblent de prime abord de pas savoir définir ce qu'est une infirmière en pratique avancée :

P1: « je sais pas bien, j'ai jamais lu les textes de loi vraiment par rapport à ça » ; « je regarde ça comme un objet pharmacologique avec des effets indésirables et des avantages » ; « je vois pas de différence par rapport à ce que les infirmiers qui travaillent habituellement. »

P2: « Je connais pas toutes ces missions » ,

P3: « parce que même moi qui sors depuis pas très longtemps des études, on a pas beaucoup parlé à peine évoqué »

P4 « des infirmières quoi... on peut dire normales »

P10 : « c'est encore un peu, un petit peu flou »

3.2.1.2 Les missions de l'IPA

Après reformulation, lorsqu'on les interroge sur les missions de l'IPA, certaines données émergent, notamment le rôle de prescription et de renouvellement, le suivi de patients ayant des pathologies chroniques :

P4 : « renouvellements des traitements, être en capacité de réajuster un traitement »

P7 « renouvellement d'un traitement chronique, prescrire des soins infirmiers »

P8 : « travail de repérage des effets secondaires du traitement de fond, suggestion e modification du traitement »,

P9 : « un rôle de prescription à visée diagnostique »

P12 : « C'est un une spécialisation en plus chez les infirmières diplômées d'État qui va pouvoir leur permettre de renouveler, par exemple les ordonnances »

Il ressort également la notion de continuité dans le parcours du patient, d'observance, et de prise en soin de manière globale :

P3: « approche globale »

P7: « la continuité du patient dans son parcours »; « L'observance, la vie à domicile du patient »; « repérage des situations à risque »

P12 : « réduire les protagonistes et faciliter le parcours pour des patients qui parfois, ont du mal à répéter plusieurs fois le pourquoi du comment »

L'IPA serait le trait d'union de la coordination au sein de l'équipe pluridisciplinaire autour du patient :

P8 : « c'est celle qui va coordonner en fait tous les acteurs de santé en soins primaires autour d'un patient »

P6 : « Un maillon supplémentaire sur la prise en charge autour du patient »

P9 : « d'autres (médecins) voient justement une avancée dans les exercices coordonnés. »

P10 : « c'est certainement pas quelque chose qu'on fait tout seul de son côté. C'est un travail d'équipe, une IPA toute seule, c'est pas constructif »

3.2.1.3 Représentation

Les personnes interrogées semblent avoir des représentations assez variées de l'IPA, graduant leur référence :

P1 : « je me dis je vois pas la différence entre vous, l'infirmière de pratique avancée et un médecin généraliste »

P2 : « C'est une infirmière « plus », « une infirmière qui a des compétences un cran au-dessus de celle d'une infirmière »

P5 : « mini médecin »

P7 : « Elle est entre 2 entre l'infirmière et le médecin » (P6) , « des infirmières hautement qualifiées »

P8 : « Selon moi, le terme d'infirmière n'est peut-être pas le le meilleur service à vous rendre»

3.2.1.4 Légitimité

Les personnes interrogées semblent voir l'IPA comme un atout dans l'équipe pluriprofessionnelle :

P2 : « soulagement par rapport aux médecins, par rapport à tout ce qui est départ en retraite, la charge de travail au niveau des patients »

P5 : « Pour moi la seule solution pérenne, c'est développer les IPA, les assistants médicaux » ; « elle doit avoir une certaine autonomie dans les diagnostics »

P6 : « elle aura toute sa place. Elle aura toutes ses compétences après et toute sa légitimité au sein d'une maison de santé et en toute autonomie »

P7 : « Ben je pense que l'infirmière déjà de base a un rôle propre, elle sait jugée par elle... personne actrice dans le parcours de prise en charge du patient... sans nécessité de passer directement par le médecin si la prescription initiale a été faite par un médecin traitant »

P10 : « Il faut vraiment se laisser chacun travailler dans ses.... Dans vraiment ses compétences. c'est un travail qui doit se compléter »

Cependant certains peuvent remettre en cause sa légitimité :

P1 : « je sais pas si l'infirmière en IPA va s'installer et prendre sa responsabilité, son autonomie, Ou si les infirmiers vont rester dans une relation un peu adolescente de suggestion par rapport aux médecins »

P6 : « accepteraient seulement le renouvellement strict, pas de... de... de... changement de modification traitement. la limitation dans la prise de décision médical »

P11 : « on doit suivre un protocole et j'imagine que l'infirmière en en pratique avancée, c'est donc le même système »

P12 : « si il y a une dose en « si besoin » qui soit rajoutée pourquoi pas maintenant si c'est un traitement par exemple un kardegic ou quelque chose comme ça , voilà là on fait pas tout seul, on fait avec le médecin, faut qu'il ait un avis »

3.2.1.5 Limite de l'exercice, décret de compétence et cadre légal

Une majorité des participants aborde la notion des limites de l'IPA dans son champ d'action, mais ne font pas référence au cadre légal déjà inscrit dans le décret de compétences :

P10 : « Il faut qu'il y ait un champ d'action qui soit cadré », « Il faut pas qu'elle... elle aille sur le les pieds du médecin non plus » ; « On ne connaissait pas trop un peu le... le détail de la profession, c'était un peu vague »

P11 : « j'imagine que...une liste qui sera publiée » ; « pour moi, ça reste encore. Flou, puis que Je ne me suis pas intéressée au sujet exactement »

3.2.2 Les freins

3.2.2.1 Freins

Les freins à l'implantation viendraient de la réticence des médecins :

P2 : « un vol de patientèle, on va leur voler du travail »

P3 : « voler des actes »

P5 : « mauvais ressenti de certains médecins qui pensent que l'IPA va prendre leur place»

P6 : « Les freins, je pense que ça serait plus d'un point de vue médecin, la place que le médecin pourrait laisser »

P7 : « certains médecins qui pourraient être... Euh... Réceptif...Et d'autres ont moins réceptifs à la profession. ils auraient peur de se faire un petit peu concurrencer » ; « Les IPA peuvent sensiblement entre guillemets, leur faire de l'ombre »

P8 : « réticence de par le fait qu'on a l'impression d'une perte.... De pouvoir, de prescription les syndicats nous mettent en garde »

Les freins par la nécessité de revoir l'organisation du travail en équipe :

P2 : « déjà pour eux une assistante médicale c'est compliqué, les médecins qui qui sont déjà ancrés dans leurs petites routines » ; « les médecins qui qui sont déjà ancrés dans leurs petites routines »

P3 : « L'organisation en pratico- pratique, l'aspect pratico-pratiques de « comment on met les choses en place » ; « logistique »

3.2.2.2 Méconnaissance des missions

Les professionnels relatent ne pas connaître les missions de l'IPA :

P2 : « je connais pas toutes ces missions »

P7 : « qui ne se renseignent pas assez sur le rôle des IPA »

P4 : « des infirmières quoi... on peut dire normales »

P10 : « c'est encore un peu, un petit peu flou »

P11 : « je ne saurais pas dire où on peut placer le curseur en fin de compte »

3.2.2.3 Impact sur l'équipe par manque d'installation d'IPA

La rémunération des IPA serait un frein et nuirait à leur motivation :

P6 : « L'objectif de ... de cette création de l'IPA, c'est justement d'amener pour les patients une prise en charge optimale puisque c'est à l'heure actuelle c'est très compliqué. Mais si y a pas d'IPA parce qu'au niveau rémunération ça supporte nomenclature c'est une catastrophe »

P8 : « c'est bien de créer le métier, mais à côté, il faut aller amener la rémunération. voilà, là c'est un gros frein »

P10 : « C'est un nouveau métier réellement. On le crée, mais à côté. Bah en fait on travaille pas suffisamment sur les champs d'activité par rapport à la rémunération donc c'est bien beau de créer un métier mais c'est derrière, ça suit pas »

3.2.2.4 Méconnaissance de l'exercice coordonné et des soins primaires

La méconnaissance de l'exercice coordonné serait un frein :

P1 : « difficultés à savoir ce que c'est à définir, ce que c'est que les soins primaires. C'est une matière qui est pas enseignée, que un déficit cruel d'enseignant »

P7 : « il y a des médecins qui sont pas assez informés »

P9 : « certains médecins voient bah une perte un peu de leurs compétences, beaucoup de professionnels sont frileux par rapport à ces exercices coordonnés »
P10 : « Si y a pas ça je pense que il y aura toujours un frein (relationnel et confiance) »

3.2.3 Les leviers et les avantages

3.2.3.1 appréciation du travail et de la valeur ajoutée dans le temps :

Lors des entretiens, il a été évoqué qu'il faudra laisser le temps à l'IPA de montrer sa valeur ajoutée au sein de l'équipe :

P2 : « montrer, bah d'apprendre en fait ce que c'est qu'une IPA »

P5 : « Il faut la voir pratiquer »; « un peu comme les assistants médicaux au départ ils criaient « ola, ola » et puis maintenant ils savent plus s'en passer »

P6 : « Va falloir leur laisser le temps de... De s'y habituer »
P7 : « Il faut laisser la chance aux étudiants qui auront suivi la formation. S'ils ont obtenu leur diplôme, c'est qu'ils en ont les capacités (...) mais après avec de la patience, d'explication et de communication, je pense qu'on peut arriver à tout »

P10 : « Je pense que déjà vraiment première chose à faire c'est que tout le monde comprenne vraiment ce que c'est que le travail d'une IPA »

3.2.3.2 Notion de confiance

La notion de confiance s'est avérée être primordiale aux yeux des interrogés :

P7 : « une professionnelle qui a effectué des soins auprès des patients, une formation initiale de 3 ans et ensuite un master 2, je pense que ce sont des gens qui sont investis » P10 : « faut une super bonne entente quand même parce qu'il faut une bonne confiance » ; « avec la confiance, je pense qu'après il y a un cadre qui se met aussi en place au sein de l'équipe » ; « cohésion d'équipe »

3.2.3.3 Désertification et temps médical

Ici, les interrogés font référence à la problématique de la désertification médicale et aux réponses que peut apporter l'IPA pour y faire face :

P3 : « prendre en charge plus de patients, offrir la possibilité de soigner plus de malades »

P4 : « c'est très bien, surtout maintenant vu le... Le nombre décroissants de médecins, dire beaucoup de médecins qui partent à la retraite, le numerus qui a été bloqué pendant x années »

P5 : « pallier à la désertification médicale »

P6 : « Tout ce que le médecin aujourd'hui ne peut pas faire » ; « Ça pourrait répondre à notre problème premier au niveau national sur la désertification »

P10 : « libérer du temps pour qu'ils puissent... Travailler différemment si, et suivre plus de patients »

P11 : « Aujourd'hui, on a un temps médical qui n'est pas suffisant aujourd'hui »

3.2.4 Collaboration Médecin/IPA/ IDEL/assistante médicale

3.2.4.1 IDE et IPA

D'après certaines personnes interrogées, une IDE semble être IPA à partir du moment où elle est experte dans son domaine :

P1 : « infirmière azalée, je me dis, tiens, ça doit être à peu près »

P2 : « Parce que j'ai peut-être l'impression que c'est quelque chose que les infirmières, elles pourraient facilement faire quand elles connaissent bien leurs patients sur le bout des doigts »

P4 : « Je travaille avec des infirmières déjà »

P5 : « on en tant que libéraux, (...) On est seule déjà à domicile, donc on est... On est en capacité de faire des diagnostics, donc le médecin nous fait confiance »

P10 : « Mais je pense qu'une infirmière experte est une infirmière IPA »

3.2.4.2 IPA assimilée à assistant médical

Il peut y avoir une certaine confusion auprès des personnes interrogées concernant la notion d'auxiliaire médicale, d'IPA et d'assistante médicale :

P1 : « Je travaille avec des assistants et je me dis que ça doit à peu près ça »

P2 : « Auxiliaire médical comme assistante médicale finalement c'est ça »

Certaines personnes, au contraire, nuancent les choses :

P2 : « c'est pas du tout les mêmes compétences », « Petite formation de... de quelques mois à... à une infirmière qui a déjà son diplôme et qui va en plus se chercher un master +5 »

P6 : « Ipa auxiliaire assistante médical ? Un peu péjoratif. Absolument pas. Pour moi ils sont pas du tout les mêmes missions », « elles peuvent être d'une grande aide pour le médecin et pour l'infirmière mais n'ont pas du tout les mêmes missions »

P7 : « ça n'a rien à voir déjà de base. Avant tout infirmière, elle a déjà suivi une licence en soins infirmiers, donc un bac +3... Elle a un certain nombre d'années d'exercice avant de pouvoir postuler au sein de l'université afin de remplir les conditions nécessaires pour accéder au master, les qualifications ne sont pas les mêmes »

P10 : « L'assistante médicale, ça dit bien ce que c'est, c'est une assistante. métiers utiles tous les 3 et nécessaire mais complètement différents »

3.2.5 Le caractère nouveau

Tous les intervenants sans exception, font référence au caractère nouveau de la profession :

P6 : « en même temps c'est nouveau mode d'exercice »

P3 : « quelque chose d'assez , d'assez nouveau »

P5 : « c'est un nouveau métier »

P7 : « Nouveau métier qui est à mon sens indispensable par rapport à l'offre de soins et à l'offre de soins actuelle »

P9 : « je sais pas si... c'est il y a longtemps que ça existe ? »

P10 : « Parce que comme ça, c'est nouveau...c'est assez nouveau ...C'est un nouveau métier réellement »

3.2.6 Le modèle économique et le mode d'exercice

3.2.6.1 méconnaissance du modèle économique

Les personnes interrogées, dans leur ensemble, ne connaissent pas le mode de rémunération des IPA :

P1 : « Ah non, pas du tout »

P2 : « Pas tellement non...une consultation à l'heure... différents tarifications »

P3 : « non j'ai aucune notion »

P4 : « Ah non, là je... non... »

P8 : « Pas du tout retenu »

P9 : « pour moi, c'est tout à fait nébuleux » ; « Elle est rémunérée à l'acte comme une infirmière libérale »

P10 : « ça marche beaucoup au forfait principalement, au niveau rémunération, c'est vraiment pas terrible je crois. Pour vivre correctement de ça faut déjà en faire »

3.2.6.2 le mode d'exercice

Le mode d'exercice des IPA n'est pas parfaitement délimité par les participants :

P2 : « peut être salariée, je vois bien qu'elle peut être libérale » (P2)

P7 « . Après, est-ce qu'une IPA peut être libérale ? C'est déjà en place ? » ; « je pense que les IPA peuvent être salariés » (P7),

P9 : « elle est salariée »

Il persiste une méconnaissance dans l'organisation, le champ d'action et les modalités d'exercice :

P3 : « est ce que quand on travaille, on travaille en même temps ? Sachant que l'infirmier va pouvoir voir des patients de plusieurs médecins différents, pas que d'un seul, elle va pas travailler que pour un médecin. Donc comment on fait en terme de place ? On est au même endroit, on travaille le même jour ou ou... ou pas... après, c'est plutôt ce côté-là, logistique ouais »

P4 : « Après s'il faut une ordonnance, bon si le médecin est pris, bon voilà quoi, passe un petit coup de fil et puis je pense dans la continuité du traitement. D'accord donc on va dire un aspect de continuité de soin »,

P5 : « on peut les faire se déplacer »

P3 : « on travaille au sein d'une même structure ou est-ce que l'infirmière a son cabinet ? est ce qu'on est sur le même site ? on est sur un site multi-sites, est-ce que le rythme... »

La notion de l'intervention d'urgence par l'IPA est relevée par certains participants :

P9 : « quelquefois le médecin n'est pas disponible et puis on avancerait encore plus vite quoi dans la prise en charge », « interpellier directement l'infirmière en pratique avancée pour. Avant de prescription de pansement, voire même peut être de traitement », « sans délai majeur »

On note une méconnaissance de la notion de « patients confiés » par le médecin :

P10 : « beaucoup de bouche à oreille », « il y aura des patients qu'elle connaît un peu plus particulièrement et d'autres qui seront inconnus pour elles, qui feront pas partie de leur... de la... de la patientèle », « on a déjà un passé d'infirmière libérale. Donc on est quand même pas mal de patients »

3.3 Analyse

Les participants éprouvent des difficultés et marquent un long silence réflexif lorsqu'on leur pose la question « qu'est-ce qu'une infirmière en pratique avancée selon vous ? »

Il en va de même concernant le modèle économique, le mode de rémunération ou l'implantation.

Ils insistent sur le fait que l'IPA ne doit pas dépasser son champ de compétences et doit rester dans les limites de son activité. Cependant, aucun participant n'a pu définir les limites des compétences en question.

Ils perçoivent l'IPA comme une infirmière, dans son champ de compétences, acquiescent qu'elle peut renouveler des traitements, mais précisent qu'elle ne doit pas prendre de décisions médicales, ni modifier une thérapeutique. La notion de délivrance et de prescription selon une ordonnance similaire revient régulièrement.

Si l'ensemble des participants reconnaît la légitimité de l'IPA, et son fort intérêt dans la prise en charge globale du patient, certains ne connaissent pas son champ d'action.

La quasi-totalité fait référence au décret de compétences de l'IDE, élargi à la retranscription d'ordonnances.

Pour les participants, les missions semblent assez fidèles à la réalité concernant le renouvellement, mais une minorité élargissent les missions soit à l'ETP, soit à la continuité du parcours patient. Aucun ne fait mention du leadership clinique, ou de l'aspect réflexif dans la recherche ou l'élaboration de protocoles.

Certains assimilent l'IPA à la fonction d'assistante médicale.

Les participants évoquent la notion de concurrence et de réticence, cependant ces représentations émanent quasiment exclusivement du même corps de métier : les infirmières.

4 Discussion

4.1 *Synthèse des principaux résultats*

Cette étude met en avant **différentes représentations** de l'IPA par les professionnels de santé, qui œuvrent au chevet du patient en soin primaire.

Il s'avère que les personnes interrogées semblent accueillir cette profession avec enthousiasme, cependant elles insistent fortement sur les **limites professionnelles** à ne pas dépasser. Toutefois, aucun des participants ne sait définir clairement **ni les missions, ni les limites** réglementaires de la profession. Certains évoquent la présence d'un décret qui légifère la profession, mais voient cela comme quelque chose d'expérimental, dont le cadre ne serait pas encore bien défini. Ce constat met en avant le **manque de conscientisation à l'égard de la profession**.

Par ailleurs, lorsqu'on les interroge, les participants réduisent les missions et le champ d'action de l'IPA à la consultation et la prescription, sans faire référence spontanément à ses autres missions.

La notion de **concurrence** est abordée par les professionnels.

Les participants comparent les **missions de l'IPA** et son cadre législatif à celui de l'**IDÉ**.

Les **limites et les bénéfices** sont exposés par les participants.

L'ensemble des participants évoquent certaines **limites** à l'exercice, mais également beaucoup de **bénéfices**.

4.2 Analyse critique des résultats - comparaison avec la littérature

Pour corrélérer notre phase d'analyse à nos résultats, chaque sous-thème sera confronté à des données relatées dans la littérature.

4.2.1 IPA : l'ambiguïté d'un terme

Selon les personnes interrogées, la frontière entre la profession d'infirmière et celle d'infirmière en pratique avancée semble assez fine. Il demeure une **confusion entre le rôle de l'IPA et les aptitudes de « l'infirmière experte »**, ayant acquis des connaissances par l'expérience et le partage des connaissances. Cependant, le rôle de l'IPA n'est pas d'effectuer des actes dispensés par l'IDE, mais de se consacrer au suivi de malades chroniques, dans le cadre d'une équipe coordonnée. *« Le terme « infirmière » en pratique avancée induit donc en erreur, et suggère que les missions et les limites de ces deux professions soient proches »* (27)

D'après une étude menée par Toniolo, J. ; Ngoungou, E.B. ; Berger, V. ; Preux, P-M. ; Beloni, P., parue dans « journal of epidemiology and population health », (28) *« les Infirmières en pratique avancée (IPA) existent en France depuis 2016. Bien que faisant partie du paysage sanitaire français, des études font état de difficultés liées à l'implantation, limitant leur rôle dans le système de santé (...) Les défis rencontrés par les IPAs étaient l'ambiguïté du rôle, les réticences des médecins et des équipes à leur implantation et des obstacles institutionnels. Les IPAs jouent un rôle majeur dans l'accès aux soins des patients, de forts enjeux impactant le développement de la pratique avancée ont été identifiés dans notre étude. Répondre à l'ambiguïté des rôles et préparer en amont l'implantation des IPA sont des leviers majeurs garantissant une bonne implantation et une utilisation exhaustive des compétences IPAs auprès des patients. »*

Grand nombre de participants de cette étude font référence aux capacités des IDE à pouvoir prendre en soin des patients en ayant une approche identique et en engageant leur responsabilité dans leur prise de décisions, au même titre que l'IPA. Il est nécessaire de différencier l'exercice hospitalier de l'exercice libéral, qui requiert plus de responsabilités.

Cependant, selon le CII (Conseil International infirmier), l'IPA n'est pas une infirmière experte dans son domaine. Elle requiert des compétences qu'elle a reçues de son enseignement universitaire à savoir :

- connaissances théoriques
- savoir-faire aux prises de décisions complexes
- compétences cliniques
- en autonomie dans son champ d'action de compétences
- responsabilité de ses actes
- une formation de base niveau maîtrise (master) (22)

Les principes de la pratiques avancées, d'après le code de la santé, sont :

- dépistage, prévention et promotion à la santé
- éducation thérapeutique du patient
- prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire
- prescription d'examens complémentaires
- renouvellement et adaptation de prescriptions médicales (29)

« Les diverses voies préparatoires, la formation fondée sur les fonctions comportant des volets théoriques et cliniques limités, et l'incapacité de faire la différence entre le rôle de l'IPA et celui de l'infirmière devenue experte avec l'expérience entraînent un manque de normalisation et de la confusion chez les intervenants. » Ainsi, Mickael K. Howlett et Deborah Tamlyn délimitent les rôles de ces deux professions en accentuant les compétences approfondies acquises lors du cursus universitaire : « *Le point de mire des soins infirmiers réside dans la gestion de la réaction humaine à la maladie. Les IPA comptent sur des compétences approfondies qui aident à compléter le continuum des soins dans différents milieux ; les rôles peuvent cibler des domaines de spécialisation, les soins de santé primaires, la gestion de cas, l'enseignement, la recherche ou l'administration.* » (30)

L'IPA rencontrerait donc des difficultés quant à se projeter dans sa nouvelle activité, au regard de son **identité professionnelle** qui oscille entre « ***infirmier et profession autonome*** ».

« le concept de « third space » a été employé par ses auteurs canadiens pour expliquer, à travers la nature hybride de l'IPA, le processus de transformation identitaire et d'intégration » (31)

4.4.2 Une profession à part entière : confusion dans les missions de chacun

Les participants de cette étude relèvent une contradiction quant aux missions et à la place de l'IPA dans l'équipe de soin. En effet, la place de l'IPA ne semble pas clairement définie, son rôle reste fantasmatique, inscrivant son identité entre le « mini médecin », « l'infirmière plus » et « l'assistante médicale ». Cette stratégie de transformation du système de santé nécessite un remaniement des professions, créant une **certaine confusion quant aux missions de chacun.**

Cependant, la littérature permet de délimiter la place de chacun et le rôle attendu pour chaque professionnel inscrit dans l'équipe de soin. A l'instar de l'assistante médicale qui seconde le médecin, l'IPA pilote la consultation en toute autonomie. Là où l'IDE agit sur prescription médicale, l'IPA assume sa responsabilité et est autorisée à ajuster un traitement, peut prescrire des examens complémentaires, à en interpréter les résultats, et peut orienter le patient vers un spécialiste ou un partenaire médico-social, tout en prenant conseil auprès du médecin, si elle le juge nécessaire.

Certaines confusions peuvent exister entre les métiers d'IPA, d'Infirmier Asalée et d'assistant médical, ce tableau résume donc les missions de chacun.

	<i>IPA</i>	<i>Infirmier Asalée</i>	<i>Assistant médical</i>
Prise en charge coordonnée de la maladie chronique	X	X	
Adaptation des traitements	X		
Conduite de l'ETP	X	X	
Télé-suivi	X		
Prescription de dépistages ou examens complémentaires	X	X	
Support administratif			X
Réalisation d'actes techniques simples (ECG, prise de constantes)	X	X	X
Réalisation d'actes techniques plus poussés	X		

4.4.3 Prescription médicale et renouvellement de traitement

La moitié des participants de l'étude imagine que l'IPA renouvelle les ordonnances du patient à l'identique, sans entrevoir qu'elle puisse en toute autonomie, y apporter des ajustements. D'autres admettent qu'elle puisse modifier des traitements dits « légers », ou délivrer des doses en « si besoin ». L'exemple de délivrance et d'adaptation de dose de traitement morphinique est largement pris en exemple. Les participants font donc l'amalgame avec les limites de l'exercice infirmier.

Or, dans la littérature, il est écrit que l'IPA prend ses responsabilités dans son rôle de prescripteur sous conditions : l'IPA est autorisée à apporter des ajustements à un traitement, et peut depuis le 25 avril 2025, introduire des thérapeutiques.

Le décret de compétence relatif à l'exercice de l'IPA est encore en pleine évolution et connaîtra encore, probablement, des modifications dans un avenir plus ou moins proche, au regard d'un métier en pleine construction.

Au regard de son autonomie professionnelle, l'IPA mesure les responsabilités que ses prérogatives engagent et sera en mesure de se rapprocher du médecin pour recueillir un avis médical, mais également coordonner avec l'ensemble des protagonistes sur les dits changements. *« S'il y a un défaut de collaboration, que ce soit avec le médecin ou l'un autre professionnel de santé, il peut être à l'origine d'une perte de chance »*, Thierry Houselstein. (23)

A ce jour, le décret de compétence fait référence à la primo prescription, actualisé en date du 25 avril 2025 et énonce les modalités de cette primo prescription.

D'après le décret de compétence du code de la santé publique (32) , actualisé au 20 janvier 2025, *« L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour (...) Prescrire :*

- des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ;

- des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

- des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

- des produits de santé ou des prestations soumis ou non à prescription médicale obligatoire, dont la liste est arrêtée par le ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine. Cet arrêté peut prévoir que la prescription par l'infirmier est subordonnée à un diagnostic médical préalable ;

Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine. »

Le décret faisant référence à la primo prescription est segmenté selon les différentes spécialités proposées aux IPA (décret concernant la mention pathologie chronique stabilisée en annexe)

4.4.4 Légitimité et leadership

Le **manque de connaissance** à l'égard de la profession invite les participants à confronter l'IPA concernant son **autonomie professionnelle**. Les participants semblent mettre en garde et infantiliser l'IPA, en lui rappelant avec insistance de ne pas sortir de son cadre réglementaire. Ils insistent sur le fait que l'IPA ne doit pas sortir de son champ de compétences, **sans pour autant en connaître les limites**.

D'après le Dr Rachel CUBAS-Wilkinson, docteur en leadership transformateur et changement, cette démarche ne semble pas avoir de connotation négative, et ne relèverait pas d'un manque de confiance envers le professionnel, mais plutôt d'une forme de réassurance à l'égard des limites, en invitant le professionnel à adopter une approche mesurée de ses nouvelles pratiques (33). La « résistance au changement » ou « métathésiophobie » fait référence à « *l'incertitude concernant l'évolution de notre cadre* ». La résistance au changement naît souvent d'un désir de rester dans sa zone de confort. C'est un mécanisme de défense qui pallie l'anxiété liée à l'incertitude, qui rend difficile l'adoption de nouveaux comportements ou de situations.

La peur de l'inconnu les invite donc à conseiller au professionnel de rester dans le cadre conceptuel, et de ne pas flirter avec les limites... Ils remettent donc en doute sa légitimité non pas en lien avec la profession en tant que telle mais en lien avec le caractère néolithique de la profession. Le rappel constant des « limites » par l'ensemble de l'équipe fait donc référence non pas au manque d'autonomie de l'IPA, mais plutôt à la peur de l'inconnu. Une forme d'acceptation dans ce changement de paradigme doit s'opérer, auprès des professionnels, habitués à suivre un cadre réglementaire législatif, imposé par leurs différentes professions.

La reconnaissance du métier d'IPA requerra donc un long processus, qui demandera du temps et nécessitera de la part de l'IPA de mettre en avant ses qualités de leadership et d'accompagnement des équipes.

A travers ce processus, l'IPA doit exercer sur l'équipe son rôle de **leadership**, et amener ce changement avec tact et permettre ainsi à l'ensemble des acteurs d'appriivoiser ce changement de perspective. Ainsi, elle pourra s'appuyer dans un premier temps sur les personnes ayant un « état d'esprit de croissance », afin d'amener les plus résistants à un état de confiance. D'après le Dr Rachel Cubas-Wilkinson, « *le leadership transformateur joue un rôle crucial dans la création d'un environnement où le changement est considéré comme une voie vers l'amélioration* » (33)

Les réticences des professionnels s'estompent dès lors qu'ils auront inclus la présence de l'IPA dans le parcours patient de façon coutumière.

« Le milieu des soins infirmiers éprouve certaines craintes quant à l'absence de soutien administratif et juridique qui est perçue ; quant au monde de la médecine, les appréhensions ont trait au rétrécissement du marché, à l'accroissement des coûts et à l'absence prétendue d'avantages démontrés. Heureusement, la reconnaissance de l'utilité d'un cadre de pratique étendu pour les IPA tend à croître avec la familiarité. Il importe d'amasser des preuves pour convaincre le public et les fournisseurs de soins de santé de l'utilité des IPA; ces preuves n'auront pas à être prépondérantes étant donné que les médecins et le public apprécient dans l'ensemble l'apport des infirmières » (33)

4.4.5 *Un professionnel déjà au cœur de l'action*

Les participants ne semblent pas percevoir la profession soit comme déjà en marche, et l'envisage comme quelque chose à venir. En effet, ces derniers suggèrent que le cadre législatif et la pratique IPA en sont encore au stade expérimental, et ne conçoivent pas l'exercice comme quelque chose de déjà intégré dans le décor des soins primaires.

En effet, la France propose la formation et l'accès au Master depuis 2018, par le biais de 28 universités accréditées. Les IPA exercent déjà sur le territoire depuis 2019, sous un décret publié le 18 juillet 2018 (34), ayant constamment évolué, dont la dernière version date du 20 janvier 2025.

Ce décret fait notamment référence au cadre législatif qui définit la profession, et délimite le champ d'actions de l'IPA. Aussi, il y fait référence à **l'autonomie professionnelle** de l'IPA dans sa prise de décision lors de consultation, mais également à ses missions :

- Activités d'orientation (vers un spécialiste par exemple), d'éducation, de prévention ou de dépistage.
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique (prescriptions et interprétation d'examens...)
- Réalisation d'actes techniques (ECG, EFR...)
- Prescriptions de produits de santé non soumis à prescription obligatoire
- Prescription d'examens complémentaires
- Renouvellements et adaptations de prescriptions médicales (médicaments, soins infirmiers, dispositifs médicaux...)

4.4.6 *Un soutien et non pas de la concurrence*

Lors de cette étude relative aux représentations de l'IPA, les professionnels de santé ont abordé la **notion de concurrence**, et de réticence des professionnels relatifs au droit de prescription, mais également au détournement de patientèle. Cependant, là encore, le cadre législatif est très clair : d'après l'ONI (Ordre National Infirmier) (34) « *L'exercice en pratique avancée est considéré comme distinct de l'exercice « en soins généraux » dans la mesure où les actes / compétences ne sont pas les mêmes. Plus précisément, les membres de la commission insistent sur les points suivants : il sera conseillé aux infirmiers concernés d'avoir deux patientèles distinctes pour chacun de leurs exercices. Ils seront mis en garde*

contre l'auto-prescription qui les placeraient dans une situation contraire à la déontologie de la profession.

Une vigilance particulière sera accordée au respect de l'article R4312-54 du code de la santé Publique : « L'infirmier ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité ». Ce qui serait le cas si l'IPA s'adressait automatiquement les patients dans le cadre de ses deux activités. » (34)

Il n'est donc question ni de captation, ni de détournement de patientèle, mais bien d'apporter au patient un **meilleur accès aux soins**, l'IPA n'est donc pas là pour prendre la place du médecin, ou accroître sa patientèle d'IDEL, mais donne accès au patient d'avoir recours à un professionnel supplémentaire. Cette association révèle donc plus d'une complémentarité que d'une quelconque concurrence, afin de lutter contre la désertification médicale. L'IPA exercera donc dans **une forme innovante qui valorisera le travail en équipe pluriprofessionnelle**.

Le modèle déjà en place au Canada qui a fait ses preuves est une réponse aux plus réfractaires.

4.4.7 La réticence des médecins ... mais pas que...

Certains participants évoquent la relation médecin/IPA comme quelque chose de **délétère et conflictuel**, mettant en avant le caractère sacré du pouvoir de prescription. Le partage d'actes divise les soignants. En effet, certains médecins conservateurs n'entrevoient pas cette collaboration d'un bon œil, argumentant la notion de responsabilité. Ce « corporatisme médical » trouve sa source dans une inquiétude liée aux bouleversements des modalités d'exercice. Selon eux, « les paramédicaux qui veulent jouer au docteur » : « *Certains prônent des liens de coopération, tandis que d'autres exigent une pratique entièrement indépendante. A l'opposé, les médecins affirment que les rôles insuffisants des IPA manquent souvent de clarté et de normalisation, ce qui porte atteinte à leur légitimité* » (31)

Cependant, l'infirmière, par son décret de compétences a d'ores et déjà un rôle de diagnostic infirmier, et doit, par ailleurs avoir la capacité d'apprécier la détérioration d'un

état de santé ou un défaut de prescription. Les compétences de l'IPA sont donc une extension de pratique IDE déjà inscrit dans son décret de compétence.

Il s'avère que les médecins déjà engagés dans la coordination, ou ayant bénéficié de l'expérience Asalée ou de l'assistante médicale, semblent accueillir cette profession à bras ouvert, tout comme les jeunes médecins, qui n'y voient qu'un bénéfice.

D'après une étude menée en par l'université de médecine de La Sorbonne Paris-nord en 2023/2024, retranscrite dans le journal « Exercer, la revue francophone de médecine générale » (31) l'opinion des MG concernant le partage de tâches et la complémentarité serait favorable « *on est complémentaires nos compétences s'associent, parfois se chevauchent, mais dans ce cas-là, c'est aussi intéressant de les discuter, d'échanger par ce qu'on s'enrichit mutuellement* ». Cependant, il est souligné l'importance d'utiliser les locaux et un logiciel commun, pour faciliter et sécuriser les échanges. Ce point avait été soulevé par la moitié des participants de l'étude, qui s'interrogeaient sur l'organisation de cette association.

Cette étude relève également que l'intégration de l'IPA au sein de l'équipe de soin primaire est renforcée quand le professionnel est déjà un membre de l'équipe : « *les MG connaissaient souvent l'infirmière avec laquelle ils travaillaient, avant son arrivée dans la structure. Cette évolution infirmière/IPA, accompagnée par des futurs collaborateurs a été vue comme un facteur facilitant son intégration au sein d'une équipe de soin*

Enfin, la réticence des médecins cacherait en réalité la réticence d'autres membres de l'équipe, qui refuseraient les ordonnances de l'IPA, obligeant le MG à en refaire une, ce qui discréditerait le travail du professionnel. « *Certains MG ont évoqué un refus initial de la collaboration de la part des praticiens hospitaliers : ... d'autres ont rapporté des difficultés rencontrées par l'IPA concernant une prescription destinée au pharmacien ou au laboratoire... qui refusent les ordonnances* ». Le MG a donc un rôle essentiel dans ce processus d'intégration, en clarifiant le rôle de l'IPA auprès des équipes. Le travail de collaboration résulte donc de l'association MG/ IPA pour le patient, mais aussi pour l'équipe.

Cependant, et ce malgré les bonnes intentions de l'ensemble de l'équipe à accueillir cette profession et ce professionnel, il demeure une fragilité identitaire de l'IPA, qui « *se délégitime par rapport aux médecins en ayant l'impression que nous faisons mieux, qu'on est*

plus fiable... il faut que les IPA prennent confiance en elles, et qu'elles ne se sentent pas inférieur aux médecins mais en complémentarité ». Il semblerait donc que les MG voient cela avec optimisme, dans la mesure où les IPA adopteront un changement de posture professionnel « la mutation de l'IPA qui doit changer son identité professionnelle ».

« L'IPA pourrait favoriser un meilleur accès aux soins en participant à la prise en charge organisée des patients. Cependant, il existe des freins organisationnels et financiers à la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée et également certaines réticences de la part des médecins et des patients. » (18)

Malgré les questions soulevées, les freins liés à l'implantation, le cadre législatif et les relations interprofessionnelles, l'ensemble des acteurs de santé se doivent de prendre en considération le problème majeur de désertification médicale et de considérer en première instance les besoins en santé et les réponses que l'IPA apporte : *« Les obstacles potentiels à la création de postes d'IPA ont trait aux questions d'ordre législatif, réglementaire et éducatif, ainsi qu'aux questions de relations entre les intervenants et enfin, les restrictions budgétaires. Les obstacles législatifs concernent le partage de compétences avec les médecins. Il faut sensibiliser les législateurs et insister auprès des organismes de réglementation médicale pour qu'ils considèrent les besoins du public en santé en premier lieu" (31)*

4.4.8 Modalité d'exercice

Lorsqu'on les interroge sur les modalités d'exercice et sur l'aspect organisationnel du travail en équipe, les personnes interrogées admettent ne pas avoir de réponse avec certitude. Là encore, le comparatif avec le binôme Médecin/ IDE ou Médecin/ assistante médicale est une fois de plus pris en exemple. Certains imaginent le travail en binôme, lors d'un même temps médical, dans le même bureau de consultation, d'autres encore évoquent une pré-consultation pour relever les biométries. Certains se risquent même à parler d'autonomie professionnelle, allant même jusqu'à envisager l'IPA comme relayant le médecin.

A l'inverse, les missions et le champ de compétence restent flou, les modalités d'exercice restent là encore à définir.

Selon le code de la santé publique, plusieurs modes d'exercices sont alors possibles pour l'IPA :

- En ambulatoire : l'IPA pourra exercer au sein d'une ESP, d'une MSP ou d'une CPTS sous la coordination d'un médecin. Son mode de rémunération sera alors salarié ou libéral.
- En établissement de santé, médico-social ou dans un hôpital des Armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin.
- En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire (35)

L'IPA pourra être soit salariée, soit libérale ou exercer selon un statut mixte. Elle pourra également cumuler les casquettes professionnelles, en continuant sa profession d'infirmière libérale, sous certaines conditions : conformément au code de déontologie et de concurrence déloyale (article R4312- 82 du code de la santé publique) l'infirmière exercera de façon distincte sur deux patientèles différentes pour chacun de ses deux exercices (36)

La moitié des participants accueillent avec enthousiasme le fait d'avoir recours à l'IPA et à son droit de prescription sans délai et sans avoir à passer par le médecin traitant. Cependant, ils ne font référence ni à la mention de patient confié, ni à l'aspect de « prescription au décours d'une consultation ». En outre, les IPA pourraient faciliter le parcours «administratif» en délivrant des ordonnances et prescription sur simple demande.

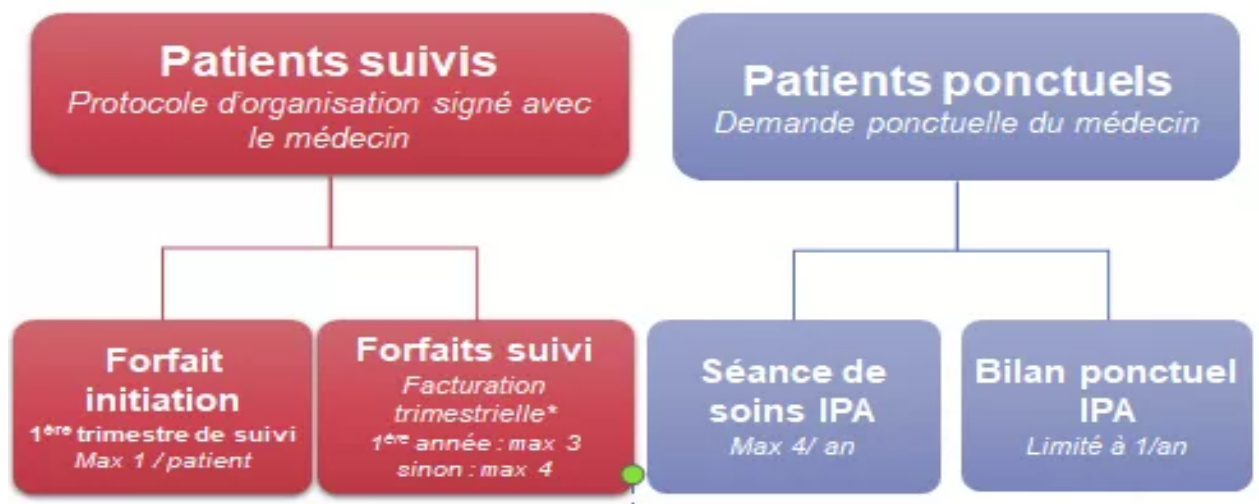
Au regard du décret actualisé du 22 janvier 2025 (32) , les patients peuvent bénéficier d'un **accès direct** à un IPA, pour leur suivi médical, sans passer par un médecin, sous réserve que l'IPA soit salarié d'un établissement de santé publique ou privé ou au sein d'un établissement ou service médico-social, ou qu'il exerce en tant qu'IPA libéral dans une structure d'exercice coordonné type MSP, ESP ou équipe de soins spécialisés. Cependant, cette nouvelle prérogative ne dispense pas l'IPA d'avoir une parfaite connaissance du dossier médical du patient, et de réaliser, selon les règles éthiques et de bonnes pratiques, les examens cliniques et paracliniques nécessaires à la prescription d'actes ou de thérapeutiques.

L'IPA pourra donc répondre aux besoins de ses collègues IDEL, mais conformément à la réglementation en vigueur.

4.4.9 Rémunération

Lors des interviews, les personnes interrogées admettent ignorer totalement le mode de rémunération des IPA. Certains évoquent avoir de vagues notions, et déclarent que la « nomenclature est encore floue, pas très bien définie ». Le peu de participants ayant apporté une réponse à cette question font référence à la faible rémunération des IPA, mais admettent ne connaître ni les modes de rémunération, ni les grilles salariales. Le terme de « rémunération à l'acte » et de « nomenclature », conformément aux pratiques de facturation des IDELS, est largement évoqué.

Or, la rémunération est réglementée par les caisses d'assurance maladie et se fait par forfait :



Il y a deux filières d'orientation du patient vers l'IPA :

- à titre principal, l'orientation du patient par le médecin au titre d'un suivi régulier (forfait initial/forfait de suivi)
- à titre secondaire, l'orientation du patient par le médecin au titre d'une prise en charge ponctuelle (bilan ou séance de soins ponctuels IPA).

En fonction de la filière d'orientation, les modalités de valorisation de l'IPA diffèrent :

- un « **forfait d'initiation du suivi - 1er contact** », valorisé à **60 € (PAI 6)** au titre du 1er trimestre de suivi du patient au cours duquel a lieu le premier contact (réalisé en présentiel) ;

- un « **forfait de suivi** », valorisé à **50 € (PAI 5)**, facturable une fois par trimestre (dès le 2e trimestre), dès lors qu'au moins un contact avec le patient a eu lieu au cours du trimestre (en présentiel ou à distance) (37)

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

4.4.10. Les bénéfices

Malgré les appréhensions de l'ensemble des acteurs de la santé, force est de constater que l'IPA apporte plus qu'une réponse à la demande de soins :

- à l'échelle **gouvernementale** : optimisation des dépenses de santé.
- à l'échelle **populationnelle** : la lutte contre la désertification médicale, l'amélioration de l'accès au soin, la fluidification des échanges et éviter les interruptions de parcours.
- **pour les médecins** : libérer du temps médical, qui permettra aux praticiens de consacrer plus de temps aux cas complexes.

- **L'approche pluri professionnelle** renforce et appuie le statut de l'équipe coordonnée, développée et mise en avant par la loi sur la modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

- **pour la profession** : une reconnaissance de la profession d'infirmière, avec de nouvelles perspectives de carrières et l'opportunité de faire valoir la profession et de renforcer la reconnaissance professionnelle.

4.2 Les forces

Le recrutement a été réalisé via l'annuaire des professionnels de santé de la SISA dont l'enquêteur dépend, ce qui a facilité le recrutement et le recueil de données.

Ce travail de recherche lui a donné l'opportunité d'interagir avec les professionnels de santé de la MSP dont il dépend et de recueillir leurs impressions concernant ce nouveau métier de la santé.

L'implication sans faille de ces professionnels qu'il côtoie tous les jours dans son exercice professionnel a facilité la démarche et apporté beaucoup de substance à ce travail de recherche. Réaliser cette étude auprès de professionnels issus d'une CPTS dynamique et engagée telle que la CPTS du Val de Sambre a été un véritable atout.

L'engagement et le sérieux de ces professionnels dans la démarche dans laquelle l'enquêteur les a inscrits, a démontré la puissance de l'équipe pluriprofessionnelle, mais aussi leur détermination et leur engagement à accueillir de nouvelles professions qui permettront de maximiser ainsi la prise en charge du patient et de renforcer l'équipe pluridisciplinaire

La SISA compte 80 professionnels de santé, relevant de différents champs de compétences (médecin, pharmacien, infirmier, orthophoniste, masseur- kinésithérapeute, podologue, diététicien, biologiste, psychologue, sage-femme) Aussi, la diversité des professionnels interrogés a permis d'avoir une vision large et un échantillonnage de qualité. Le recueil a donc été enrichi grâce aux différents angles de vue et à travers les différentes visions du soin et de la relation interprofessionnelle.

La réalisation des entretiens dans un lieu qui leur était familier a permis une interaction plus fluide, ce qui a rendu l'exercice plus qualitatif et agréable dans la réalisation.

4. 3 Les limites

L'étude a été réalisée auprès d'un panel varié de professionnels de santé. L'ensemble des participants a montré un réel intérêt pour cette étude. Cependant, la majorité d'entre eux a exprimé des difficultés pour planifier un rendez-vous et accorder le temps nécessaire afin de mener à bien les entretiens. Tous ont mis en avant la surcharge de travail et des difficultés pour se dégager du temps. Plusieurs entretiens ont été reprogrammés, à la suite d'impératifs professionnels de la part des participants, ramenant la durée de l'étude à presque 6 mois pour 12 entretiens.

Deux professionnels de santé, ayant pourtant manifesté de réelles intentions de participer à l'étude, n'ont pas pu conjuguer leur emploi du temps, et n'ont ainsi pu participer à l'étude.

Ce constat reflète bien le contexte actuel, et met l'accent sur les défis rencontrés par les professionnels de santé en ce qui concerne la gestion de leur temps et la conciliation entre vie professionnelle et personnelle.

Plusieurs professionnels ont repris la discussion en dehors de l'enregistrement, apportant des éléments riches au regard de la problématique. Bien qu'une question ouverte les invitant à s'exprimer, et qu'un rappel sur l'anonymat ait été donné, les participants ont préféré parfois s'exprimer en « OFF », par peur de nuire à l'étude, ou de dénoncer la pratique professionnelle. Ces éléments n'ont donc pas pu être consignés.

Par ailleurs, le manque d'expérience de l'enquêteur au regard du travail de recherche a fragilisé les premiers entretiens, qui a nécessité d'une part un remaniement du questionnaire, mais également le réajustement de l'entretien en lui-même. L'enquêteur a donc revu sa méthode lors des entretiens suivants, en ajustant le débit de parole, et en marquant des temps de silence nécessaires à la réflexion de la personne interrogée. Il a, par ailleurs, reformulé régulièrement les propos recueillis afin de s'assurer de leur bonne compréhension.

4.5 Perspectives

Pour la recherche

Dans une optique de continuité de l'étude pour le domaine de la recherche, nous pourrions envisager une étude similaire à celle-ci en modifiant la population cible. En effet, si nous envisagions l'étude avec un regard "patient", nous pourrions apprécier leur ressenti depuis l'intégration de l'IPA dans leur parcours de soins. Ceci pourrait être effectué à travers une étude qualitative exploratoire, en envisageant éventuellement de la réaliser par des entretiens individuels semi-directifs ou par la méthode d'un focus group.

Ainsi, nous pourrions effectuer dans un troisième temps, une étude comparative, afin de confronter le ressenti des professionnels et des patients, permettant ainsi de maximiser davantage l'implantation en ciblant les attentes principales.

Pour l'enseignement et la formation

Concernant le domaine de l'enseignement et de la formation, l'évolution du système de santé doit en faire partie intégrante. Effectivement, il serait judicieux d'intégrer la culture du binôme médecin/IPA dès l'entrée en formation, que ce soit pour les étudiants en médecine comme pour les étudiants en soins infirmiers.

Ceci permettrait d'intégrer la plus-value de ce binôme dès le commencement des études et l'encrerait dans les mœurs actuelles.

La pratique deviendrait plus usuelle, et ces nouvelles équipes permettraient de véhiculer les messages auprès des patients.

Pour la pratique professionnelle

Pour la pratique professionnelle future, il serait intéressant de réaliser une étude à posteriori, qui prendrait en compte les indicateurs de santé. En corrélant les données actuelles et celles relevées après quelques années d'implantation de l'IPA sur le terrain, nous pourrions

évaluer si l'intervention de l'IPA dans les soins primaires a pu être un levier dans la problématique de la prise en soins des patients.

Cela permettrait de quantifier la plus-value ajoutée pour le patient en prenant en compte les indicateurs de santé selon les différentes sphères : indicateur sanitaire (taux de morbidité, taux de mortalité, prévalence et incidence), biométrie et norme biologique, impact sur les recommandations de santé, qualité des soins, qualité de vie,...)

Pour l'IPA

Il conviendra donc à l'IPA de véhiculer les bons messages lors de l'exposition de ses missions et d'être un fin stratège auprès de ses pairs. Elle mettra en avant notamment *« l'élargissement des tâches, la libération du temps médical, l'apport d'une réponse pour le patient et les soignants », décret de compétence 18 du juillet 2016 (34)*

La posture professionnelle se voudra donc dans l'écoute, le partage et la patience, afin d'asseoir la légitimité auprès des professionnels sur le terrain, mais surtout auprès de ses pairs. L'IPA doit également prendre en compte qu'intégrer un nouvel acteur dans le système de soin déjà en place peut bousculer l'organisation.

Pour l'innovation

Se pose alors la question de savoir comment aller encore plus loin et améliorer davantage les prises en soin. Comment envisager la médecine de demain à travers des méthodes innovantes ? A quelle technologie pourrions-nous avoir recours pour accroître le niveau d'exigence et proposer au patient une qualité de soin optimale, à travers notamment les nouvelles recommandations de santé ?

A l'ère du numérique, l'intelligence artificielle semble avoir toute sa place dans ce processus. Le perfectionnement dans l'interprétation de l'imagerie, la prédiction de la réponse aux traitements administrés, innovation des techniques de pointes et des recommandations de santé des plus actuelles demandent de repenser l'exercice et d'acquérir par l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle de nouvelles compétences, mais aussi d'élargir sa vision du soin en repensant l'exercice professionnel (38). Ce défi de taille demande un renouvellement des différentes formations mais aussi, d'adopter de nouveaux comportements

professionnels en matière de technologie, de réflexion, de traitement des données de santé, mais aussi d'éthique. A travers le génome, l'IA pourra résoudre des problèmes de santé, proposer des traitements innovants mais surtout les prédire.

Cet outil « qui relevait de science-fiction il y a 6 mois et devenu réalité » (39)

L'IPA, à travers son rôle de leadership, aurait donc toute sa place dans ce processus de modernisation auprès de ses pairs.

5. Conclusion

Cette étude portait sur les représentations et les attentes des professionnels de santé au sein d'une équipe coordonnée déjà en place. L'objectif était d'apprécier l'état d'esprit des professionnels concernant les missions et le rôle d'une IPA qui intégrerait la SISA.

Le manque de recul concernant cette nouvelle profession peut susciter chez les professionnels différents questionnements et représentations, qu'il conviendra à l'IPA d'éclaircir, afin de garantir une implantation optimale. En effet, tous les professionnels ont pu décrire leurs sentiments concernant la méconnaissance de cette profession en général.

La construction de son identité professionnelle au sein de cette équipe de soins lui permettra de mettre à profit l'ensemble de son champ de compétence, et d'apporter aux patients, mais aussi aux professionnels un maximum de bénéfices. Cependant, ses missions restent floues pour la quasi-totalité de l'équipe, qui ne rejettent pas le nouveau professionnel, mais mettent en avant la notion de limite : celles à ne pas dépasser et celles qui lui confèrent le droit d'exercer. En d'autres termes, les professionnels abordent leurs craintes concernant le dépassement de compétences, mais également leurs craintes de voir l'IPA freinée dans son champ d'actions et limitée à son exercice professionnel d'IDE.

L'IPA sera donc observée avec attention, afin, d'une part, d'apprécier les bénéfices dans le parcours patient et pour les professionnels, mais aussi dans les limites de son exercice, qui ne peuvent être bornées à la seule appréciation des soignants. Une distinction franche doit être faite entre les missions de l'IDEL et celle de l'IPA.

Le secret d'une implantation réussie résulterait donc de la capacité de l'IPA à présenter ses missions et son champ d'action, et des médecins à inviter l'équipe à inclure ce nouveau professionnel dans l'équipe coordonnée.

Asseoir sa légitimité nécessite donc de la part de l'IPA d'éclaircir les zones d'ombres concernant ces missions et son champ de compétences, les limites de son exercice et d'apporter aux professionnels des précisions sur la valeur ajoutée qu'elle peut apporter tant concernant ses compétences élargies en clinique que lors de ses activités transversales.

La reconnaissance de son identité pourra donc être appréciée dès lors que ses compétences seront reconnues à travers les différentes interactions professionnelles.

Au terme de ses deux années de formations, il incombe donc à l'IPA nouvellement diplômée de s'insérer dans une équipe de soin déjà en exercice, et de faire de sa place une évidence.

La question du modèle économique reste à approfondir. Là où l'IPA doit répondre à une problématique d'implantation dans une équipe de soins, elle se doit également de faire face aux contraintes économiques qui résultent de ce choix professionnel. Comment l'IPA peut-elle passer d'un statut d'IDEL à un statut d'IPA ?

« L'après formation » ouvre donc d'autres perspectives de travail qui englobent la prise de fonction, l'implantation auprès des équipes et l'aspect financier pour l'IPA.

Avant-propos.....	1
1 Introduction.....	3
1.1 Démographie et état des lieux.....	3
1.2 Réorganisation et modernisation du système de santé.....	3
1.2.1 CPTS, SISA et modernisation du système de santé.....	4
1.2.2 Le principe de travail coordonné - l'équipe pluridisciplinaire	5
1.2.3 ETP et patient participatif.....	5
1.3 Les nouveaux métiers de la santé	7
1.3.1 Assistante médicale, infirmière Asalée : droit et prérogative	7
1.3.2 Nouvelles missions de l'infirmière : vaccination, prescription, certification de décès	11
1.3.3 Articulation médecin, IPA	12
1.4 L'identité de l'infirmière en pratique avancée	12
1.4.1 Histoire de l'infirmière en pratique avancée.....	13
1.4.2. L'expérience de l'IPA à travers des données internationales	13
1.4.2.1. La naissance de l'IPA	13
1.4.2.2. La pratique avancée d'aujourd'hui.....	14
1.4.3 L'IPA en France	16
1.4.3.1 Historique de la pratique avancée en France.....	16
1.4.3.2 Profil de l'IPA	18
1.5 Objectif principal de l'étude.....	20
2 Méthode	21
2.1 Type d'étude	21
2.2 Population et recrutement	21
2.3. Consentement	22

2.4	Considérations éthiques.....	22
2.5	Entretiens / recueil de données	23
2.5.1	Lieu et matériel.....	23
2.5.2.	Le guide d’entretien.....	23
2.5.3.	Déroulement des entretiens	24
2.5.4.	Suffisance des données.....	24
2.5.5.	Triangulation	24
2.5.6.	Qualité de l’étude.....	24
2.6	Méthode d’analyse des données	25
2.6.1	Verbatim.....	25
2.6.2	Codage.....	25
3	Résultats et analyse	26
3.1	Données / description de l’échantillon	26
3.2	Résultats obtenus	27
3.2.1	L’identité de l’infirmière en pratique avancée.....	28
3.2.1.1	Définition de l’IPA.....	28
3.2.1.2	Les missions de l’IPA	28
3.2.1.3	Représentation.....	29
3.2.1.4	Légitimité.....	30
3.2.1.5	Limite de l’exercice, décret de compétence et cadre légal	31
3.2.2	Les freins	31
3.2.2.1	Freins	31
3.2.2.2	Méconnaissance des missions	32
3.2.2.3	Impact sur l’équipe par manque d’installation d’IPA	32
3.2.2.4	Méconnaissance de l’exercice coordonné et des soins primaires.....	33
3.2.3	Les leviers et les avantages.....	33
3.2.3.1	appréciation du travail et de la valeur ajoutée dans le temps :	33

3.2.3.2	Notion de confiance	34
3.2.3.3	Désertification et temps médical	34
3.2.4	Collaboration Médecin/IPA/ IDEL/assistante médicale	35
3.2.4.1	IDE et IPA.....	35
3.2.4.2	IPA assimilée à assistant médical.....	35
3.2.5	Le caractère nouveau	36
3.2.6	Le modèle économique et le mode d'exercice.....	36
3.2.6.1	méconnaissance du modèle économique.....	36
3.2.6.2	le mode d'exercice	37
3.3	Analyse	38
4	Discussion	40
4.1	Synthèse des principaux résultats.....	40
4.2	Analyse critique des résultats - comparaison avec la littérature	41
4.2.1	IPA : l'ambiguïté d'un terme	41
4.4.2	Une profession à part entière : confusion dans les missions de chacun	43
4.4.3	Prescription médicale et renouvellement de traitement	45
4.4.4	Légitimité et leadership	46
4.4.5	Un professionnel déjà au cœur de l'action.....	48
4.4.6	Un soutien et non pas de la concurrence.....	48
4.4.7	La réticence des médecins ... mais pas que.....	49
4.4.8	Modalité d'exercice	51
4.4.9	Rémunération.....	53
4.4.10.	Les bénéfices	54
4.2	Les forces.....	55
4.3	Les limites.....	56
4.5	Perspectives	57

5. Conclusion	60
<i>bibliographie</i>	5
<i>Annexe : 1 La collaboration entre l'IPA et le médecin, un outil au service de l'offre de soins.....</i>	1

TABLE DES MATIERES

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ABSTRACT

bibliographie

1. Accueil - Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
2. diagnostic MSP Liberte.docs (MSP 59).
3. REZONE - Médecins [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/>
4. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2025 [cité 8 août 2025]. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles -. Disponible sur: <http://sante.gouv.fr/>
5. Des communautés professionnelles de santé (CPTS) pour mieux organiser les soins de proximité [Internet]. 2025 [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/cpts>
6. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 8 août 2025]. Education thérapeutique du patient. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
7. Buzz A, Duviella A. L’histoire de l’éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Proformed. 2018 [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.proformed.fr/actualites/lhistoire-de-leducation-therapeutique-du-patient-etp/>
8. Agence régionale de santé Hauts-de-France | Hauts-de-France [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/>
9. Guide_reseaux_de_sante.pdf [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
10. Fédération Nationale des Centres de Santé [Internet]. [cité 8 août 2025]. Assistants médicaux : missions et financement par l’assurance maladie. Disponible sur: <https://www.fncs.org/assistants-medicaux-missions-et-financement-par-l-assurance-maladie>
11. Assistants médicaux : missions et financement par l’assurance maladie [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.fncs.org/assistants-medicaux-missions-et-financement-par-l-assurance-maladie>
12. Arrêté du 19 octobre 2021 portant extension d’un avenant à la convention collective nationale du commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire (n° 2216).
13. Chargement en cours - ClinicalKey [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/journal/1->

14. La revue de l'infirmière - Vol 73 - n° 301 - EM consulte [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/revue/REVINF/73/301/table-des-matieres/>
15. Masson E. EM-Consulte. [cité 8 août 2025]. Infirmier en pratique avancée: de nouvelles compétences cliniques au service du patient. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/es/article/1431804/infirmier-en-pratique-avancee-de-nouvelles-compete>
16. Article L4311-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/
17. Décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 - Légifrance [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048519642>
18. Beauvais C, Rodère M. Infirmières en pratique avancée et parcours de soins. Rev Rhum [Internet]. 1 janv 2025 [cité 8 août 2025];92(1):26-35. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833024000607>
19. Historique du dispositif [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/historique-du-dispositif.htm>
20. Université de Limoges [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://adum.fr/script/detailSout.pl?mat=151258&site=unilim>
21. Les pratiques infirmières avancées | OCDE [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/publications/2010/07/nurses-in-advanced-roles_g17a1e81.html
22. Aumaréchal L, Lebeau JP, Lebleu M. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. Rech Soins Infirm [Internet]. 2022 [cité 8 août 2025];150(3):66-78. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2022-3-page-66>
23. Infirmiers.com [Internet]. [cité 8 août 2025]. Loi Rist : quels risques pour les IPA en termes de responsabilité médicale ? Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-ide/loi-rist-quels-risques-pour-les-ipa-en-termes-de-responsabilite-medicale>
24. Érudit [Internet]. [cité 8 août 2025]. Recherches qualitatives. Disponible sur: <https://www-erudit-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/fr/revues/rechqual/>
25. Article R1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043723460

26. Érudit [Internet]. [cité 8 août 2025]. Recherches qualitatives. Disponible sur: <https://www-erudit-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/fr/revues/rechqual/>
27. France Assos Santé [Internet]. 2025 [cité 8 août 2025]. France Assos Santé - La Voix des Usagers. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/>
28. Toniolo J, Ngoungou EB, Berger V, Preux PM, Beloni P. P11-2 - Évaluation de l'implantation de la pratique avancée infirmière en France : une étude mixte multicentrique. J Epidemiol Popul Health [Internet]. 1 juill 2024 [cité 8 août 2025];72:202708. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2950433324005172>
29. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000037218125>
30. Howlett MK, Tamlyn D. L'exercice infirmier avancé: paramètres pour une intégration réussie. Healthc Manage Forum [Internet]. 1 sept 1999 [cité 8 août 2025];12(3):19-25. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0840470410607089>
31. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/>
32. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée. 2025-55 janv 20, 2025.
33. Kotter PJ. Comme résultat [de ces changements perturbateurs], nous observons un écart croissant entre la quantité, le rythme et la complexité de ces changements et notre capacité à y faire face.
34. Ordre national des infirmiers [Internet]. [cité 8 août 2025]. Stop aux Fake News sur les IPA et sur les infirmiers. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/stop-aux-fake-news-sur-les-ipa-et-sur-les-infirmiers>
35. L'exercice des infirmiers en pratique avancée [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/hainaut/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
36. Législation sur les infirmiers en pratique avancée (IPA) en France - Infirmier(e) en Pratique Avancée. [Internet]. 2024 [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://infos-ipa.fr/legislation-sur-les-infirmiers-en-pratique-avancee-ipa-en-france/>
37. L'exercice des infirmiers en pratique avancée [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/hainaut/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
38. Santé et intelligence artificielle - CNRS Editions [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrseditions.fr/catalogue/physique-et-astrophysique/sante-et-intelligence-artificielle/>

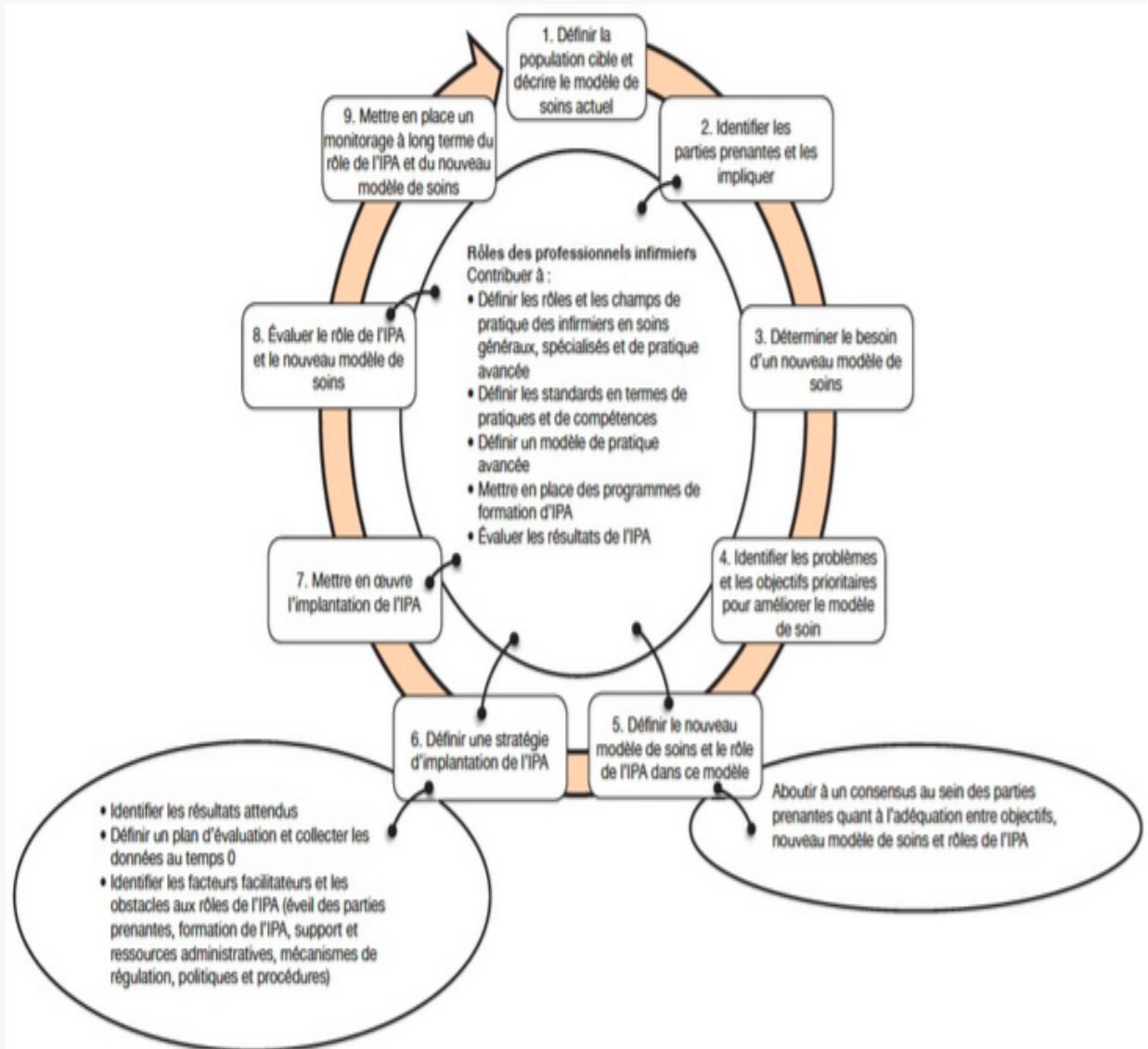
39. La Machine, le Médecin et Moi, de David Gruson : présentation [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://www.les-philosophes.fr/intelligence-artificielle/la-machine-le-medecin-moi.html>

Annexe : 1 La collaboration entre l'IPA et le médecin, un outil au service de l'offre de soins



Annexe : 2

Déclinaison francophone du modèle PEPPA (14)



Annexe 3: grille COREQ

Grille COREQ : traduction française des lignes directives COREQ (22)

Numéro	Item	Guides questions/ Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
Sabrina De BRUYNE	Enquêteur	Quel(s) auteurs a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Étudiant en pratique avancée	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
IDEL	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme
Initiation à la recherche	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		

Connaissances	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
Étudiant en pratique avancée réalisant un travail de recherche sur les représentations et les missions de l'IPA en soin primaire dans une équipe coordonnée déjà en place.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
Étudiant master 2 en pratique avancée	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
Etude qualitative exploratoire	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Sélection des participants		
Annuaire des professionnels de santé de la SISA	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?

1	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
2 Manque de temps	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
Lieu de travail	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
Profession, age, sexe, ancienneté dans la profession, membre de la SISA ?	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil de données		
oui	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
non	Entretien répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

Oui, audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
oui	Note de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
15 minutes en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse des résultats		
Analyse des données		
1, l'enquêteur	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?

Non	Description de l'arbre du codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
Système de codage à la main	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
Oui	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
Oui, elles ont été utilisées Non identifiées, car anonymat	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? chaque citation était-elle identifiée ?
Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?
-----	----------------------------------	--

Formulaire de consentement :

Formulaire de consentement de participation à l'étude de Mme DE BRUYNE Sabrina et
certificat d'anonymat

Je soussigné (e),, accepte de participer
l'entretien individuel mené par Mme DE BRUYNE Sabrina, et d'être enregistré (e) sous
format audio pour l'étude sur l'infirmière en pratique avancée en soins primaire.

Mme DE BRUYNE Sabrina m'assure l'anonymat de l'entretien et la destruction des
données après la soutenance du mémoire.

Le, à

Signature:

Grille d'entretien initial :

Présentation de la thématique :

- **présentation de l'enquêteur**
- **présentation de la thématique** : j'ai choisi de parler de l'IPA en soins primaire
- **explication du choix du sujet** : j'ai choisi d'aborder cette thématique pour apprécier l'état d'esprit des professionnelles quant à cette nouvelle profession.
- **explication de l'étude** : c'est une étude par entretien semi dirigé, dont les données seront analysées. Ces entretiens seront anonymes et exploitable uniquement par moi-même.
- **donner la durée de l'entretien** : 30 minutes à 45 min

Questions de présentation des personnes interrogées :

- profession
- âge
- ancienneté dans la profession
- mode d'exercice
- adhérent ou non de la SISA

Questions de l'entretien :

- Qu'est une infirmière en pratique avancée pour vous ?
- Que pensez-vous de l'exercice coordonné médecin/ IPA ?
- Quelles sont selon vous les missions de l'IPA en soins primaires ?
- Quelles peuvent être les missions que vous confieriez à l'IPA dans le cadre de l'exercice coordonné dans une situation complexe ?
- Quelles serez vos attentes dans cette exercice coordonnée ?
- Quels pourraient être les freins et les leviers dans cette exercice ?
- Envisagez-vous un travail de collaboration médecin/ IPA dans le futur ?
- connaissez-vous les modèles économiques ?
- Désirez-vous ajouter autre chose ?

Grille d'entretien final :

Présentation de la thématique:

- **présentation de l'enquêteur**
- **présentation de la thématique** : j'ai choisi de parler de l'IPA en soins primaire
- **explication du choix du sujet** : j'ai choisi d'aborder cette thématique pour apprécier l'état d'esprit des professionnelles quant à cette nouvelle profession.
- **explication de l'étude** : c'est une étude par entretien semi dirigé, dont les données seront analysées. Ces entretiens seront anonymes et exploitable uniquement par moi-même.
- **donner la durée de l'entretien** : 30 minutes à 45 min

Questions de présentation des personnes interrogées :

- profession
- âge
- ancienneté dans la profession
- mode d'exercice
- adhérent ou non de la SISA ?

Questions de l'entretien :

- Qu'est une infirmière en pratique avancée pour vous ?
- Que pensez-vous de l'exercice coordonné médecin/ IPA ?
- Quelles sont selon vous les missions de l'IPA en soins primaires ?
- Quelles peuvent être les missions que vous confieriez à l'IPA dans le cadre de l'exercice coordonné dans une situation complexe ?
- Quelles seront vos attentes dans cette exercice coordonnée ?
- Quels pourraient être les freins et les leviers dans cette exercice ?
- Envisagez-vous un travail de collaboration médecin/ IPA dans le futur ?
- connaissez-vous les modèles économiques ?
- Désirez-vous ajouter autre chose ?
- **que pensez vous de la reprenstion IPA comme assistants médicaux ?**
- **que pouvez-vous dire de la légitimité de l'IPA ?**

Annexe : Liste des verbatims



1-verbatim 1.pdf



2- verbatim 2.pdf



3-verbatim 3.pdf



4-verbatim 4.pdf



5 verbatim n 5.pdf



6 verbatim 6 .pdf



7-verbatim 7.pdf



8- verbatim 8 .pdf



9-verbatim 9.pdf



10-verbatim 10.pdf



verbatim 11.pdf



entretien 12.pdf

Annexe : décret actualisé du 25 avril 2025 concernant la primo prescription :

La liste des prescriptions de produits ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire que l'ensemble des infirmiers en pratique avancée est autorisé à prescrire :

– programmes d'activité physique adaptée assurée par un professionnel de l'APA ; – soins et d'actes infirmiers, y compris le bilan de soins infirmiers ; – arrêt de travail jusqu'à 3 jours ; transports sanitaires ; – bande ou bas de contention de classe 1 et 2 ; – équipements de protection individuelle ; – compléments nutritionnels oraux ; – antalgiques de palier 1 ; – solutés intraveineux d'électrolytes, ions et glucose : NaCl 0,9 %, G5 %, G30 % ; – antidiarrhéiques : lopéramide, racecadotril, antihistaminiques H1 peu sédatifs par voie orale ; – antispasmodiques à visée digestive et pansements digestifs ; – anesthésiques locaux en gel, crème ; – antiseptiques locaux ; – pansements médicamenteux ; – antiacides gastriques d'action locale ; – inhibiteurs de la pompe à protons ; – laxatifs de lest, osmotiques et lubrifiants ; – traitements antibiotiques pour des infections identifiées à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique, sous condition du suivi d'une formation définie par arrêté : – Fosfomycine-trométamol, pour traiter une cystite chez la femme de 16 à 65 ans sans facteur de risque de complication ; – Amoxicilline, pour traiter une angine bactérienne à strepto-test positif chez le patient âgé de 10 ans ou plus ; – en renforcement des Programmes nationaux de dépistage organisés dans les cas où les prescriptions systématiques n'ont pas été suivies d'effet : mammographie, frottis cervico-utérin (FCU), kit de dépistage du cancer du côlon ; – kit de Naloxone dans le cadre d'une prise en charge en urgence. Les prescriptions listées ci-dessus ne peuvent être renouvelées sans concertation médicale.

ANNEXE II I. – Liste de produits et prestations que l'infirmier en pratique avancée est autorisé à prescrire dans le cadre du domaine d'intervention « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires » prévu au 1o de l'article R. 4301-2 du code de la santé publique : 1o Sans diagnostic médical préalable :

– traitements antihypertenseurs de première ligne pour les hypertension de grade 1 sans retentissement et à l'exclusion des bêtabloquants : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2), inhibiteur calcique, diurétique thiazidique en monothérapie et de préférence en monoprise ;

– polygraphie ventilatoire nocturne pour le dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil ;

– traitements hypoglycémisants de première ligne, conformément aux recommandations en vigueur, chez un patient diabétique de type 2 ; – dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie

capillaire : lecteur de glycémie, bandelettes d'autocontrôle de la glycémie, autopiqueur, lancettes.

Les prescriptions listées ci-dessus ne peuvent être renouvelées sans concertation médicale ; 2o Avec diagnostic médical préalable : – séances de réhabilitation chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée ; – traitements hypolipémians de première ligne et prévention du risque cardiovasculaire : statines et ézétimibe ; – dispositif d'auto-surveillance du taux de glucose interstitiel dans le respect des indications ; – traitements antihypertenseurs jusqu'à trois classes associées : inhibiteurs calciques, inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2) et diurétiques thiazidiques ou apparentés dans le cadre d'une adaptation du traitement selon les recommandations pour les hypertension artérielles de stade 2 et 3 ; – traitements hypoglycémians : tous les antidiabétiques oraux et injectables y compris insulines d'action intermédiaire et lente ; – traitements bronchodilatateurs inhalés, à l'exclusion des prescriptions pour inhalation par nébulisateurs : bronchodilatateurs de courte durée d'action (bêta-2 mimétiques, anticholinergiques, bromure d'ipratropium), de longue durée d'action (bêta-2 stimulants, anticholinergiques), associations de bronchodilatateurs d'action prolongée et de corticoïdes inhalés ; – oxygénothérapie : Adaptation du dispositif après une demande d'entente préalable ; – traitements de l'insuffisance cardiaque dans le cadre d'une conduite diagnostique et de choix thérapeutiques déterminés par un médecin : inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2), diurétiques épargneurs de potassium, diurétiques de l'anse, inhibiteurs SGLT-2 (gliflozine), antagonistes des récepteurs de l'aldostérone ; – dispositifs médicaux et aides techniques d'aide au maintien à domicile : matelas à air fluidisé ; – agoniste dopaminergique, Précurseur de la dopamine (L-DOPA), inhibiteur de la monoamine oxydase de type B (IMAO-B) en cas de suspicion de déséquilibre du traitement chez un patient ayant une maladie de Parkinson ; – potassium si hypokaliémie

*the advance nurse
practice
in primary care*

I

My master thesis explores the **expectations and beliefs** about the **advance nurse practice in primary care**.

the main objectif is to determine the future **role** of an ANP in the already **existing care team** in the CPTS of Val de Sambre.

H

Among the members of the existing care team, **divers opinions and representations** exist and are likely to **impact future integration** of the **new profession and care competences**.

M

A qualitative exploratory study using face to face interviews with differences care team members of the CPTS was conducted.

inclusions criterias are health professional working in primary care, members of SISA, who may be in contact with the ANP.

interviews were audio recorded. All the interviews were transcribed verbatim for triangulation.

R

S

Limit health trail interruptions

W

Ignorance of the missions

O

Expected by professionals

T

excess of competence

D

this discussion **correlate the result** with the **literature**: professionals don't know the missions of ANP and they highlight the neologism character of this profession

his study

keys word:

- swot analyses
- advanced nurse practice
- primary care
- expectation, believes

Auteure : Sabrina DE BRUYNE

Date de soutenance : le 05/09/2025

Sujet : Les représentations d'une équipe coordonnée concernant l'arrivée d'une infirmière en pratique avancée, au sein d'une MSP éclatée.

Introduction : mon mémoire de recherche explore les attentes et les représentations à propos des infirmiers en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires.

L'objectif principal est de déterminer le futur rôle d'une infirmière en pratique avancée dans une équipe de soins déjà en place au sein de la CPTS du Val de Sambre.

Hypothèse : au sein d'une équipe de soins déjà en place, il existe différentes représentations et attentes qui sont susceptibles d'impacter la future intégration de cette nouvelle profession.

Méthode : une étude qualitative exploratoire a été conduite par le biais d'interviews auprès de différents membres de l'équipe de soins.

Les critères d'inclusion sont les professionnels de santé travaillant en soins primaires, membres de la SISA, qui peuvent être en contact avec l'IPA.

Les interviews ont été enregistrées. Elles ont toutes été retranscrites sous forme de verbatim pour triangulation.

Résultats : douze personnes ont été interrogées. Peu d'entre elles connaissent les missions de l'IPA et aucunes ne connaît le modèle économique.

Discussion : cette discussion met en corrélation les résultats obtenus et la littérature. En effet, les professionnels ne connaissent pas les missions de l'IPA et mettent en avant le caractère néolithique de cette profession.

Mots clés : analyse FFOM (forces, faiblesses, opportunités, menaces), infirmière en pratique avancée, soins primaires, attentes et représentations.

introduction: My master thesis explores the expectations and believes about the advances nurses practices in primary care.

the main objective is to determine the future role of a ANP in the already existing care team in the CPTS of Val de Sambre.

hypothesis: among the members of the existing care team, various opinions and representations exist and are likely to impact future integration of the new profession in care competences.

method: a qualitative exploratory study using face to face interviews with differences care team members of the CPTS was conducted.

inclusion criteria are health professional working in primary care, member of SISA, who may be in contact with the ANP. Interviews were audio recorded. All the interviews were transcribed verbatim for triangulation.

result: twelve persons were interviewed. they are not a lot of professional who know what are the missions of ANP, nobody knows the economic model of remuneration.

discussion: this discussion correlates the result with the literature. In fact, professionals don't know the role and the missions of the ANP and they highlight the neologism character of the profession.

keys words: swot analyses, advanced nurse practice, primary care, expectations, believes.

Composition du jury:

Président du jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier : Monsieur Paul QUINDROIT

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Pierre-Marie COQUET

Directrice de mémoire : Madame Gwladys ACOULON

Tuteur pédagogique : Monsieur le Docteur Rayan ADAWI

