



**UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2025

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCEE MENTION : Pathologies chroniques stabilisées, prévention et
polypathologies courantes en soins primaires.**

**LE DEPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCEE
INFIRMIERE EN SOINS PRIMAIRES SUR LE SECTEUR
AUDOMAROIS**

**Présenté et soutenu publiquement le 1^{er} juillet 2025 à Lille
(Département facultaire de médecine Henri Warembourg)**

Par Céline DUHAZARD

JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur Nicolas PENEL

Enseignant infirmier : Monsieur Paul QUINDROIT

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

« La plus grande gloire n'est pas de ne jamais tomber,
mais de se relever à chaque chute. »

Confucius

SOMMAIRE

Remerciements

Glossaire

Avant-propos

Introduction

Méthode

Résultats et analyse

Discussion

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Table des figures

Table des tableaux

Annexes

Abstract

REMERCIEMENTS

Au Professeur BAYEN Marc, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils éclairés et sa bienveillance constante tout au long de mon travail.

Merci à Monsieur le Professeur PENEL Nicolas et Monsieur QUINDROIT Paul d'avoir accepté de faire partie du jury de mémoire.

Merci à Claire GIRAUD pour son investissement dans ce travail.

Merci à l'équipe pédagogique de l'université de Lille pour leur encadrement durant ces deux années de formation.

Merci au Dr LEFEBVRE Yann pour son soutien professionnel afin d'accéder à cette formation.

Merci à toutes les personnes qui m'ont accueillie en stage pendant ces deux années de formation : le Dr PELTIER Jérémie, aux belles équipes soignantes du CHRSO, à Madame OSTEN Valérie IPA en soins primaires et au Dr FERMANTEL Aurore pour son accueil.

Je tiens à remercier mon mari pour son soutien sans failles durant ces deux années de formation. A l'image de nos compétitions sportives que nous partageons, grâce à toi, nous passons la ligne d'arrivée ce jour ensemble, main dans la main.

Je tiens à remercier mes enfants pour leur patience pendant ces deux années de formation. Voir leur fierté dans leurs yeux est ma plus belle récompense.

Merci à mes amis pour votre soutien moral dans les périodes les plus difficiles de ces deux dernières années. Merci à mon amie KREUTZ Céline, une femme forte et inspirante.

Merci à ma future équipe de collaborateurs médecins généralistes, NIVEL Louis et BOITEZ Clara et Corentin. De belles années nous attendent et je suis heureuse de les partager avec vous.

Merci à Vanessa et Jean-Christian MANCHE, pour leur bienveillance. Cette belle rencontre professionnelle et amicale nous porte vers un avenir lumineux.

Merci à mes collègues de promotion pour ces moments studieux et ces moments de partages tout au long de ces deux années.

Merci à Madame DECLERCK Anaïs et Madame GUILBERT Alice pour votre temps consacré aux relectures de ce mémoire.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPSO : Communauté d'Agglomération du Pays de Saint-Omer

CHRSO : Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer

CMP : Centre Médico Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé

DPO : Délégué à la Protection des Données

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FEMAS : Fédération des Maisons de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IePA : Infirmière étudiante en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

PCS : Pathologies Chroniques Stabilisées

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

1 AVANT-PROPOS :

Le système de santé français est en perpétuel mouvance et tente de s'adapter aux transitions démographiques et épidémiologiques liées au vieillissement de la population. A cela s'ajoute une mutation de l'identité professionnelle médicale et une baisse de la démographie médicale qui perdure depuis plusieurs années.

La loi de modernisation du 26 janvier 2016 apporte la notion de pratique avancée afin de soutenir le milieu médical par le transfert de compétences aux infirmières. L'infirmière en pratique avancée (IPA) est une identité professionnelle récente en cours de développement en milieu hospitalier et dans le secteur libéral. L'IPA, en collaboration avec les médecins tente de répondre aux enjeux de santé publique en vue d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Le secteur audomarois n'échappe pas à ces problématiques mais il reste un secteur dynamique soutenu par une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) active.

Ce secteur est mon futur lieu d'exercice professionnel. J'ai donc choisi pendant ces deux années de formation d'y réaliser mes différents stages.

Lors de ma première année de formation, j'ai réalisé mon stage au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) du secteur audomarois, encadrée par un médecin généraliste (MG), Maître de Stage Universitaire (MSU). J'ai pu être confrontée à la méconnaissance des professionnels paramédicaux, médicaux et des patients sur cette nouvelle identité professionnelle. Ma présence en stage en tant qu'infirmière étudiante en pratique avancée (IePA) a été bien perçue par l'ensemble des professionnels de la MSP ainsi qu'auprès des patients.

Lors de ma deuxième année de formation, j'ai recherché les infirmiers (es) installé(e)s en soins primaires sur le secteur audomarois afin d'effectuer des demandes d'accueil en stage. Je me suis alors aperçue qu'une seule IPA en soins primaires était installée sur le secteur audomarois. D'autres IPA sont implantées en milieu hospitalier au Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer (CHRSO), une IPA en Centre Médico Psychologique (CMP) à Saint-Omer et une IPA en milieu carcéral à la prison de Longuenesse. In fine, une seule IPA exerce en soins primaires sur le secteur audomarois actuellement, ce qui est peu face à la démographie médicale du secteur. Je me suis alors posé la question suivante : cette nouvelle

Face à ces défis, le système de soins français a vu se réorganiser les soins primaires autour de nouveaux dispositifs. L'introduction de la pratique avancée dans les soins infirmiers est l'une des solutions apportées par les pouvoirs politiques.

C'est la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui introduit des mesures significatives pour la pratique avancée infirmière, renforçant ainsi le rôle des infirmiers dans le système de santé (3).

L'IPA est une identité professionnelle hybride entre les professions infirmières et médicales. L'élargissement des compétences est manifeste compte tenu de l'approche interprofessionnelle spécifique à leurs études et à un niveau avancé dans le domaine infirmier et clinique. Le modèle de Ann Hamric et al (4) résume le rôle de l'IPA :

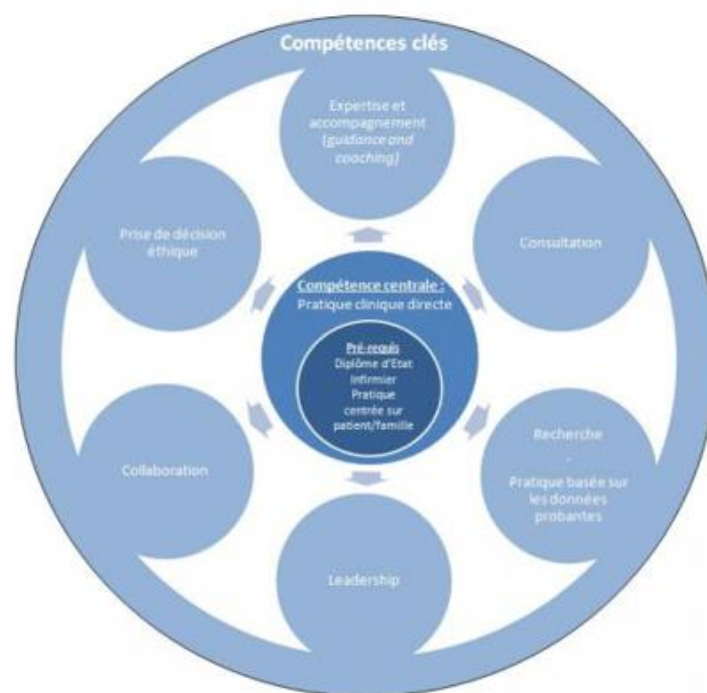


Figure 2: Rôle de l'infirmière en pratique avancée d'après Hamric et al. (2013)

Les 7 compétences IPA décrites par Ann Hamric résument bien cet élargissement des compétences infirmières montrant son évolution en termes de responsabilités et d'autonomie professionnelle.

La pratique avancée encourage la coopération entre les différents professionnels de santé, permettant une meilleure coordination des soins et une prise en soins globale des patients. Par l'intégration de la pratique avancée, la loi vise à améliorer l'accès aux soins pour les patients, surtout dans les zones sous-dotées en professionnels de santé.

La situation médicale dans le Pas-de-Calais concernant la démographie médicale en 2022 est la suivante :

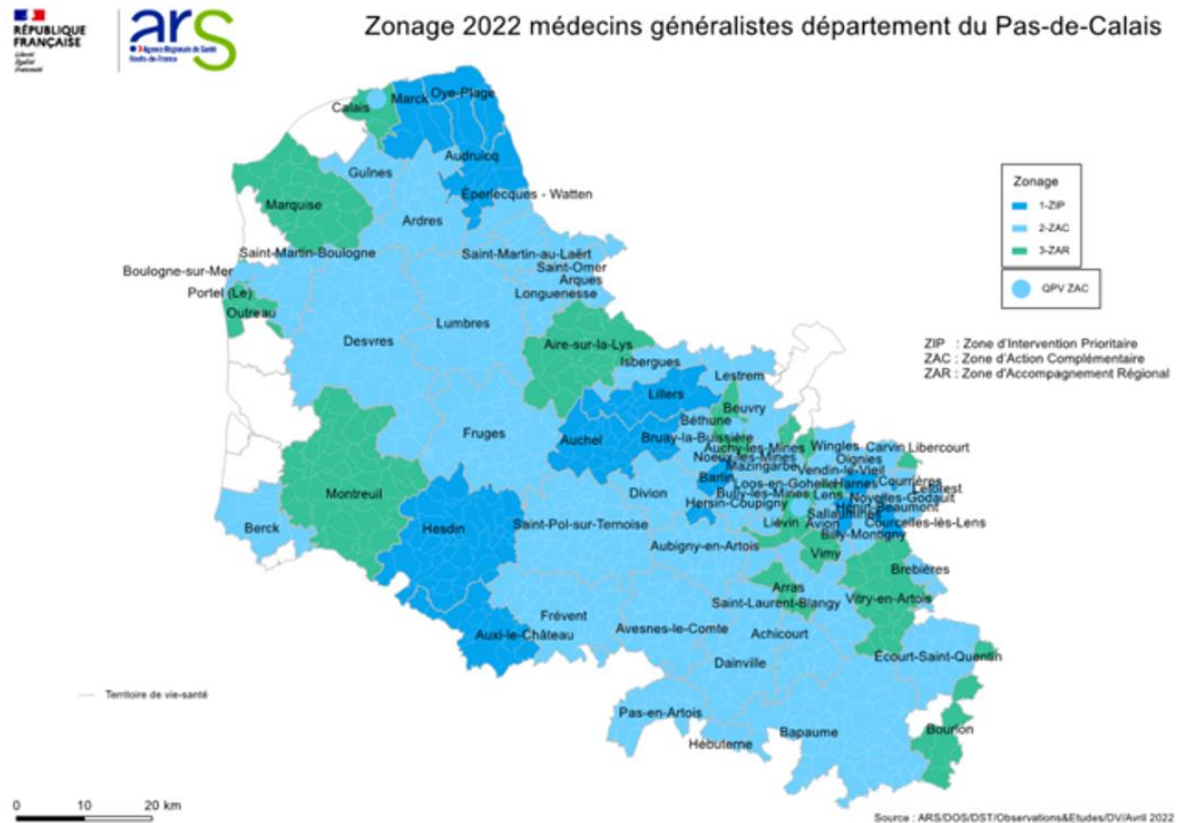


Figure 3: ARS Zonage 2022 médecins généralistes département du Pas-de-Calais

Le secteur audomarois est situé dans le département du Pas-de-Calais. Il est composé de 64 communes, dont Saint-Omer, qui est la ville principale. L'accès aux soins de santé est globalement bon, avec plusieurs établissements médicaux environnants. Le secteur audomarois fait partie des zones sous dotées et il possède une CPTS active. La CPTS audomaroise compte 114 151 habitants. (5)

La démographie médicale actuelle est de 62 MG répartis sur le secteur audomarois de la manière suivante :

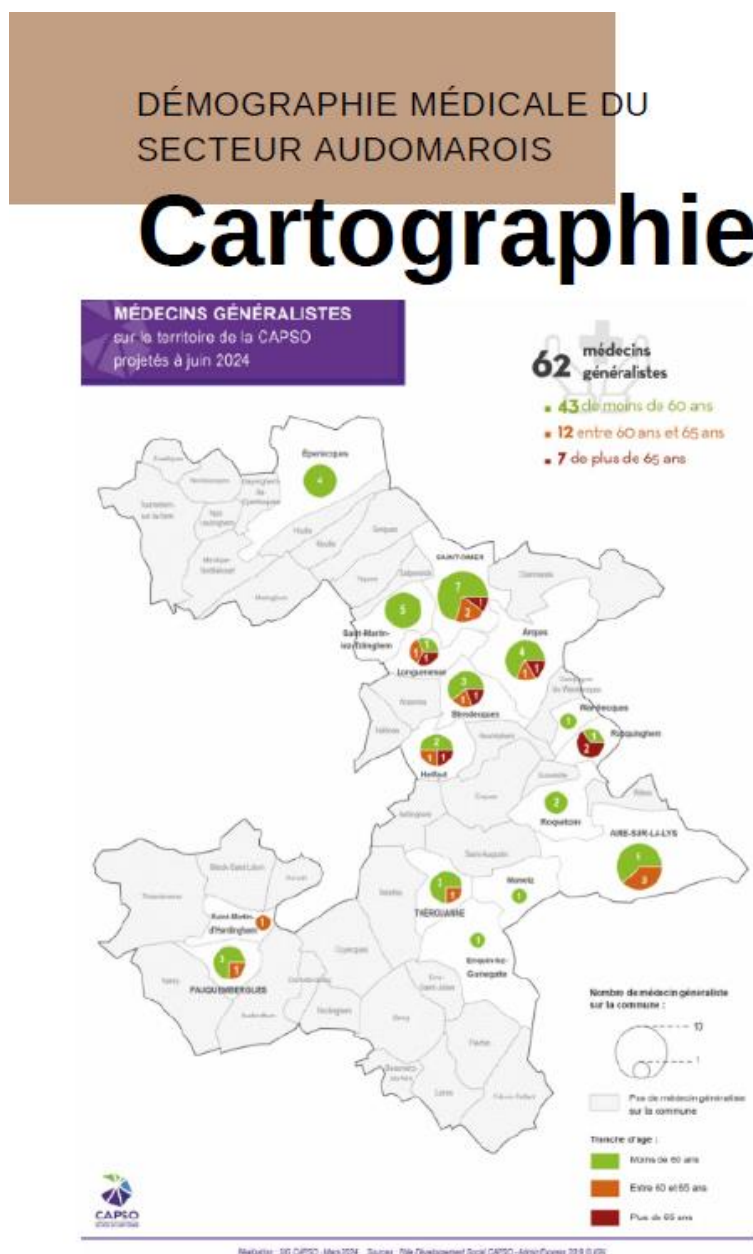


Figure 4: Démographie médicale du secteur audomarois

Concernant les IPA installées sur le secteur audomarois, seule une IPA est installée en secteur libéral. Mais dans un futur plus au moins proche, cela devrait évoluer car des demandes d'aide à la formation de l'assurance maladie ont été faites pour trois infirmières du territoire. Au total, 5 IPA sont installées sur toute la circonscription de la CPAM Côte d'Opale (*Source Mme LHEUREUX, Coordinatrice CPTS Audomaroise via la CPAM Côte d'Opale le 28 octobre 2024*).

En 2018 (6) et 2019 (7) , des textes réglementaires ont précisé les modalités d'exercice et de formation pour les IPA. Une formation spécifique est nécessaire pour les infirmiers souhaitant se spécialiser dans les domaines d'exercice avancé. Actuellement, cinq mentions existent : pathologies chroniques stabilisées et polypathologies courantes en soins primaires (PCS) ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale ; et enfin urgences. Les IPA ont la possibilité d'exercer en milieu hospitalier ou en soins primaires.

En soins primaires, les MG collaborent essentiellement avec des IPA ayant la mention PCS. Jusqu'en janvier 2025, les MG déléguaient le suivi de leurs patients porteurs de pathologies chroniques stabilisées aux IPA via un protocole d'organisation, avec l'accord préalable du patient. Depuis, un décret publié le 20 janvier 2025 supprime ce protocole d'organisation (8). Il précise également les conditions de primo prescription. Un arrêté du 25 avril 2025 paru le 30 avril 2025 précise quant à lui les prescriptions que l'IPA peut introduire avec ou sans diagnostic médical préalable (9) fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique.

Dans d'autres pays, la pratique avancée existe depuis les années 1960 comme en Amérique du Nord. Loretta C Ford, décédée en janvier 2025, est considérée comme l'une des principales investigatrices du développement des infirmières praticiennes et c'est ensuite Mary Ann F.D. Wright qui joue un rôle important dans l'évolution de la pratique avancée infirmière et l'émergence des modèles de soins centrés sur le patient.

La pratique avancée s'est depuis développée dans d'autres pays (10) et depuis peu en France. Les bénéfices de la pratique avancée infirmière ont été démontrés dans d'autres pays étrangers. Une étude suédoise (11) affirme que la mise en place des IPA à l'échelle mondiale semble efficace pour les soins de santé et améliore la sécurité des patients, la continuité des soins et l'accès aux soins.

Malgré ces bénéfices, le déploiement de la pratique avancée infirmière en France semble rencontrer des difficultés (12). Les obstacles relevés dans cet audit sont la réticence des médecins, un modèle économique trop dépendant des médecins, des conditions de formations onéreuses et les autres professionnels avec qui ils collaborent plus facilement. L'étude suédoise précédemment citée qualifie même ce déploiement comme un processus complexe (11).

Ce déploiement en soins primaires semble tout aussi complexe et son intégration reste fragile. En 2021, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) (13) pointait

les difficultés de recensement des IPA et ne précisait pas le nombre d'IPA exerçant en soins primaires.

Cette lente montée en charge des IPA en soins primaires a été constatée et une publication de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en avril 2023 (14) évoque que l'exercice IPA peine à se développer et reste éloigné des effets attendus lié notamment au modèle économique précaire. Le rapport IGAS 2021 (13), préconisait d'une part de majorer le forfait d'intervention des IPA et d'une autre part de diversifier les modes de rémunération.

Dans la littérature internationale, plusieurs études ont exploré le ressenti des MG face au dispositif IPA. En suède (11), l'attitude des MG envers les IPA est positif. Une autre étude récente marocaine (15) exprime aussi des défis et des perspectives proches de celles rencontrées en France.

Une récente étude a exploré les représentations, ressentis et attentes des MG d'une CPTS vis-à-vis de la pratique avancée infirmière (16).

Aucune étude n'a été réalisée à ce jour sur le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois auprès des MG. Il semblait intéressant d'explorer ce thème sept ans après le début du déploiement de la pratique avancée infirmière.

L'objectif principal de cette étude était de connaître les freins au développement de la pratique avancée en soins primaires sur le secteur audomarois auprès des MG.

L'objectif secondaire de cette étude était d'identifier les leviers au déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois.

3 METHODE :

3.1 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative par analyse phénoménologique interprétative multicentrique par entretiens individuels semi-directifs. Cette étude a été menée auprès de médecins généralistes et internes en DES de médecine générale sur le secteur audomarois.

3.2 Population d'étude :

- Les critères d'inclusion étaient les suivants :
 - Médecins généralistes
 - Internes en médecine générale
 - Exercer en libéral ou être en stage ambulatoire pour les internes
 - Exercer sur le secteur audomarois
- Les critères d'exclusion :
 - Médecins généralistes et internes en médecine générale travaillant hors secteur audomarois

Le recrutement des personnes interviewées est raisonné en fonction des critères d'inclusions choisis.

- A l'aide de mon entourage
- A l'aide de mes connaissances professionnelles

Elles ont été contactées par téléphone, par courriel ou face-à-face. Elles ont été informées du sujet d'étude.

Un échantillonnage diversifié en genre, en âge, à divers stades de leur carrière et en mode d'exercice varié a été choisi.

3.3 Recueil des données :

Les entretiens individuels semi-directifs se sont appuyés sur un guide d'entretien (Annexes 1, 2, 3) . Ils se sont déroulés en présentiel. Ils ont été enregistrés sur dictaphone avec l'accord des participants puis retranscrits mot à mot et anonymisés (Verbatim) (Annexe 5).

3.4 Analyse des données :

Une analyse du contenu des Verbatim a été réalisée. Elle s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Lecture des Verbatim dans leur globalité
- Analyse des données

- Codification manuelle (Annexe 6).
- Codification ouverte (Annexe 7).
- Double codage avec un autre chercheur suivi d'une triangulation
- Codification axiale (Annexe 8).
- Classification par thèmes

3.5 Aspects éthiques et réglementaires :

Une note d'information a été créée via le Délégué à la protection des données (DPO) (Annexe 4) et remise aux participants. Tous les noms propres ainsi que tous les éléments permettant d'identifier les participants ont été supprimés. Ils ont été avertis qu'ils pouvaient accéder, rectifier ou se retirer de l'étude à tout moment.

4 RESULTATS ET ANALYSE :

Sur les 9 MG, 2 n'ont pas répondu. Les 7 entretiens (tableau 1), réalisés entre février et avril 2025 ont permis d'atteindre la suffisance des données. La durée moyenne des entretiens était de 32 minutes. L'analyse a permis de dégager 459 codes, 23 catégories et 7 thèmes.

	Age (années)	Genre	Fonction	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	MSU	Ancienneté	Durée de l'entretien (Minutes)
MED 1	36	Masculin	Médecin généraliste	Libéral /seul	Rural	OUI	9 ans	21
MED 2	27	Féminin	Interne 9 ^{ème} année	Stage	Semi-rural	NON	-	19
MED 3	27	Masculin	Médecin généraliste	Remplaçant	Rural et semi-rural	NON	2 ans et demi	54
MED 4	38	Masculin	Médecin généraliste	Libéral/MSP	Rural	OUI	10 ans	24
MED 5	50	Féminin	Médecin généraliste	Libéral/Seule	Semi-rural	OUI	20 ans	56
MED 6	44	Féminin	Médecin généraliste	Libéral en cabinet de groupe	Rural	OUI	15 ans	33
MED 7	58	Féminin	Médecin généraliste	Libéral en cabinet de groupe	Semi-rural	NON	29 ans	18

Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes

4.1 LES FREINS :

4.1.1 L'insuffisance de connaissance des MG sur la pratique avancée infirmière :

Le niveau de connaissance des MG sur le secteur audomarois est variable. Il existe quelques connaissances sur le rôle médical de l'IPA : la prescription, le renouvellement et la réévaluation des traitements ainsi que sur notre rôle éducatif à travers l'éducation thérapeutique des patients (ETP) et la prévention. Le suivi coordonné des patients chroniques stables est évoqué avec accord tripartite.

« (...) plutôt pour gérer des pathologies chroniques des patients qui sont plutôt stables et elles peuvent du coup faire l'éducation des patients pour moi et renouveler du coup un traitement(...) » (MED 2).

« Donc, c'est des certaines infirmières qui ont fait des études supplémentaires (...) pour acquérir des, des compétences euh d'un point de vue médical et une capacité de, de

prescription sous couvert d'une, d'un accord avec tripartite entre un médecin et un patient » (MED 1).

« A mon sens, compléter la prise en charge en lien avec le médecin. Euh essentiellement pour développer, euh l'éducation thérapeutique, euh réévaluer euh des traitements pour pouvoir nous laisser un peu plus de temps et voir plus de patients. (...) coordonner les soins. Prise en charge coordonnée. » (MED 4).

La méconnaissance concerne notamment le champ de compétences des IPA :

« (...) un des freins majeurs c'est la méconnaissance. Il y a beaucoup de confrères qui ne connaissent pas les infirmières de pratiques avancées qui ne savent pas leurs missions et leur, leur capacité à ce qu'ils peuvent ou pas faire » (MED 1).

Les MG possèdent une connaissance étroite concernant nos missions et nos rôles. Elles se résument à la prescription médicale, le renouvellement, l'éducation thérapeutique et notre rôle en santé publique :

« A mon sens, compléter la prise en charge en lien avec le médecin. Euh essentiellement pour développer, euh l'éducation thérapeutique, euh réévaluer euh des traitements... » (MED 4).

Le but de la création de la profession d'IPA est évoqué brièvement :

« Ben, les tenants probablement nous soulager. Les aboutissants, je sais pas par quel bout on peut le prendre. Euh donc voir travailler avec quelqu'un qui pourrait nous décharger certaines choses. Euh, donc voilà, en gros et donc pour pouvoir déléguer certaines tâches ce que j'en ai compris » (MED 5).

La méconnaissance concerne également le modèle économique :

« (...) il faut qu'on comprenne votre modèle économique » (MED 3).

Il y a une méconnaissance auprès des MG sur le système de rémunération des IPA :

« Et ouais que les médecins soient plus au courant parce qu'il y a eu de tout et du grand n'importe quoi qui a été compris par les médecins au moment où ça s'est créé je pense. En partie sur la rémunération. Il y a des médecins qui pensaient qu'ils pouvaient gagner plus en étant IPA parce que c'était 50€ la consultation, c'est une bêtise » (MED 4).

Le manque de connaissances concernant la responsabilité est évoqué par certains MG :

« (...) ça peut être une crainte aussi du médecin de se dire bah ouais mais s'il y a un problème et qu'elle le voit pas, comment, comment on va faire, elle va passer à côté d'un truc et la responsabilité, c'est laquelle ? C'est la sienne ? C'est la mienne ? Comment, comment va gérer ça ? » (MED 6).

La connaissance sur le contenu de la formation des IPA est limitée :

« Donc, c'est des certaines infirmières qui ont fait des études supplémentaires (...) pour acquérir des, des compétences euh d'un point de vue médical et une capacité de, de prescription (...) » (MED 1).

« (...) on a pas encore été briefé sur vos études (...) » (MED 3).

Les modalités de collaboration entre le MG et l'IPA sont floues :

« Dans quel cadre parce que c'est sous couvert du, d'un protocole d'accord comme je vous ai dit tout à l'heure. Euh, si le patient est d'accord et si le médecin est d'accord il peut lui adresser des patients. Est-ce que c'est obligé dans la même structure dans, dans la même, dans les mêmes locaux ? Non, euh » (MED 1).

4.1.2 L'émergence des nouveaux métiers :

L'émergence de nombreux métiers apparus ces dernières années crée ainsi un mélange au niveau des connaissances médicales sur le champ de compétences de chacune de ces nouvelles professions.

« (...) mais bon on a déjà aussi nous à ingurgiter les nouveaux métiers avec les assistants médicaux tout ça et donc c'est vrai que ça fait, c'est des choses qu'on connaît pas encore. On se doute que ça va bouger la médecine mais on sait pas encore dans quel sens » (MED 4)

Les infirmières Asalée installées en MSP semblent être un frein au déploiement de la pratique avancée infirmière. Le risque de doublon avec les missions de l'IPA a été relevé. De plus elles sont rémunérées par une association n'impactant pas le chiffre d'affaires des MG.

« (...) je pense que ce que faisait déjà l'Asalée, l'IPA pourrait le faire » (MED 3).

« (...) je sais qu'il y a une l'association Asalée qui, par contre là, travaille beaucoup de, de, de maison de santé. Eux ils en ont pas mal mais les Asalée sont pas rémunérées à l'acte, elles sont rémunérées par une association. Les médecins ne, n'a rien à déboursier vis-à-vis de ça » (MED 1).

La collaboration avec ces nouveaux métiers au sein d'une même MSP nécessite de bien séparer les rôles de chacun :

« Bien séparer les rôles parce que l'assistante elle a un côté plus paramédical alors que vous vous allez avoir un côté plus médical et voire même l'assistante elle va plutôt peut-être administrative et un petit peu paramed euuhhh. » (MED 3).

Les internes en médecine générale n'ont pas de formation sur ces nouveaux métiers pendant leurs études. :

« Non, non, moi je, je savais pas du tout que ça existait. Euh, même infirmière Asalée non plus, on, on a pas parler pendant tout mon cursus. Je l'ai su que là en région audomaroise » (MED 2).

4.1.3 La collaboration au sein du binôme MG/IPA :

Un changement de paradigme médical est apparu ces dernières années. Les MG souhaitent travailler différemment aujourd'hui notamment à travers l'exercice coordonné et la transdisciplinarité. Ils souhaitent également un équilibre entre la qualité de travail et leur mode de vie personnel.

« (...) je me vois pas du tout être isolée. Pour moi, c'était l'ancienne médecine, mais je trouve que c'est vraiment important de, d'avoir que ce soit d'autres médecins ou d'autres paramed autour de nous et de, d'avoir aussi demandé des avis et de communiquer entre nous » (MED 2).

La collaboration au sein du binôme MG/IPA fait émerger quelques craintes. Par exemple sur le risque d'un départ éventuel de l'IPA ou si une mésentente s'installe :

« Imagine du jour au lendemain tu t'en vas et qu'on est habitué sur les chroniques qu'on voit quatre fois par an, tu les vois deux fois bah et que tu te retrouves pas d'IPA de suite, tu te retrouves à faire toutes les consultations alors que t'avais pris 200 patients en plus » (MED 3).

« (...) même si vous êtes pas salarié du médecin ça reste quand même du, une gestion de personnel. Euh si à un moment donné tu te frites avec elle et qu'elle est là tous les jours, c'est chiant ... » (MED 3).

Pour certains, l'IPA n'est pas une réponse à la baisse de la démographie médicale mais plutôt un acteur pragmatique :

« Euh après je suis désolé mais je pense que c'est pas une bonne réponse à la démographie médicale l'IPA » (MED 4).

« A l'heure actuelle, vu la, les conditions de soins en France, dans un état qui a dégradé (...) tous les systèmes, que ce soit le système scolaire, le système médical, le système de la justice, faut bien qu'on soit innovant. Donc je, par pragmatisme, je m'entourerai d'une IPA » (MED 5).

Les temps de collaboration comme les débriefings avec l'IPA ne sont pas rémunérés :

« (...) alors, il y a des inconvénients aussi on nous rémunère pas pour les débriefings on passe du temps hein, on passe une demi-heure à 3/4 d'heure ça va peut-être y venir » (MED 6).

4.1.4 Le secteur audomarois : un territoire propice au déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires.

Le secteur audomarois est confronté à des défis liés à la baisse de la démographie médicale :

« (...) il y a sur le bassin audomarois un nombre conséquent de patients qui ont plus de médecins traitants et qui vont plus en avoir parce qu'il y a un nombre de départs en retraite qui est important actuellement » (MED 1).

Une mauvaise répartition médicale sur le secteur audomarois est également soulignée :

« (...) je pense qu'il vaut mieux avoir plus de médecins et qu'il soit mieux répartis sur le territoire (...) » (MED 4).

Un déséquilibre dans les files actives des MG audomarois est cité :

« Maintenant sur le, l'Audomarois, les chiffres de la CAPSO ... de la CPTS de l'audomarois, la moyenne des patients des médecins traitants c'est 1200. On est 68 médecins. Sur ces 68

médecins, il y en a 45 qui ont 1200 patients. Moi j'en ai 3000. Et quand je vois certains médecins ont moins de 600 patients, moi c'est là, ça m'interroge » (MED 5).

Les MG du secteur audomarois sont confrontés à la complexité des patients porteurs de pathologies chroniques, ce qui entraîne des consultations plus longues.

« C'est vrai que ce sont des patients qui demandent énormément de temps, quand on les reprend hein faut tout revoir, tout reprendre, c'est chronophage, c'est très, très intéressant, c'est de la médecine hyper cérébrale, parce-que c'est polypathologique... » (MED 6).

Le secteur audomarois semble être attractif aux yeux d'un MG :

« (...) l'Audomarois est pas si, passe pas avec un manque d'attraits si important que ça, parce-que là, on le voit, il y a un certain nombre de médecins qui viennent de s'installer sur Saint-Omer. C'est attrayant Saint-Omer, on est à 45 minutes de Lille, on est à 45 minutes de la côte » (MED 5).

« Nous là à Saint-Omer, il y a quand même une dynamique, une CPTS qui fait que c'est attrayant » (MED 5).

Certains reviennent même sur le secteur audomarois dont ils sont originaires :

« Secteur audomarois, c'est parce-que je suis originaire de la région et que je souhaitais du coup m'installer dans le secteur » (MED 2).

Malgré cela, l'IPA reste en marge sur le secteur audomarois. Les MG sont sceptiques sur plusieurs points.

4.1.5 La formation des IPA :

Son investissement en temps et financier est important pour ceux qui s'y engagent :

« Donc je me dis, l'IPA au début faut qu'elle ait les reins solides déjà, on lui demande de faire sa formation sur ses propres deniers quasiment, eux de, de faire ces stages sur ses propres deniers, bah oui hein voilà. Donc moi, ça me, ça m'interpelle. Je me dis mais dans cette société, on, on est quand même un peu à double vitesse quoi, il y a des gens on leur demande rien, on leur donne un revenu tous les mois, a tort ou à raison, j'ai pas d'avis là-dessus et puis de l'autre côté, il y a des gens qui, qui vont apporter du, qui apportait du plus à la société et qu'on ne finance pas et qu'on va leur dire bah, eh ben on va vous payer des clopinettes. (...) donc moi

c'est sûr que la présentation qui a été faite je me suis dit éthiquement moi je veux pas mettre en difficulté l'infirmière, je vais pas aller nourrir sa famille donc voilà » (MED 5).

L'organisation de la formation des IPA paraît complexe :

« (...) et puis d'après ce que j'ai cru comprendre la formation elle est pas toujours très claire non plus et très, très facile pour les infirmiers infirmières qui veulent se lancer là-dedans. Donc c'est quand même une organisation assez complexe, que ça coûte un peu d'argent. Des retours que j'en ai eu, c'est pas toujours très bien organisé non plus. Donc euh, donc euh ouais c'est pas pour qu'il y ait plus d'infirmières il faudrait peut-être que ce soit plus simple pour l'infirmier » (MED 4).

Le nombre d'IPA formées pour les soins primaires est insuffisant :

« Bah déjà, est-ce qu'il y en a assez comme les médecins ? Il y en a peut-être qu'une parce qu'il y en a qu'une qui est sortie de formation » (MED 3).

« Est-ce qu'il y en a cent qui toquent à la porte pour bosser dans l'Audomarois ? » (MED 3).

L'accueil de stagiaires IPA n'est pas valorisé pour les MG :

« (...) si je compare la formation des étudiants en médecine et des IPA c'est un truc tout bête mais euh pour accueillir des étudiants en médecins nous sommes rémunérés alors que pour accueillir des étudiants IPA, nous ne sommes pas rémunérés. Euh et ça pour inciter les médecins à prendre des IPA bah C'est alors, c'est un peu compliqué quoi. Ça incite pas beaucoup à en prendre. Donc faut vraiment être motivé ou connaître l'IPA qui se présente à vous » (MED 4).

4.1.6 Le modèle économique des IPA :

Le modèle économique des IPA inquiète les MG notamment sur la rentabilité :

« (...) là c'est une catastrophe, on peut pas vous payer au forfait, c'est pas possible ou si on vous paye au forfait, faut pas que ce soit ce prix-là c'est pas possible. Donc moi, c'est peut-être plus dans ce sens-là où je me suis dit, éthiquement, j'étais vraiment pour, je me disais bon, il faut de toute façon, faut qu'on change les règles du jeu (...) » (MED 5).

4.1.7 L'orgueil médical est parfois présent :

« Si j'ai fait dix ans d'études, c'est qu'il y a bien des raisons de faire dix ans d'études. (...) Donc je pense que chacun à sa, sa place » (MED 5).

« Je parlerai plus d'orgueil. Je pense que les médecins sont convaincus, qui sont au-dessus de tout le monde et on a tout pour, pour croire ça » (MED 5)

Les MG rencontrent des difficultés à déléguer des tâches :

« Il y a encore des médecins qui vous disent « mais je ne veux pas transférer mes compétences à quelqu'un d'autre » (MED 5).

« (...) j'ai du mal à peut-être déléguer euh certains patients » (MED 7).

4.1.8 Changement de paradigme médical :

Un médecin généraliste mentionne que l'ancienne génération médicale est réfractaire au changement par rapport à la nouvelle génération :

« (...) alors pourquoi elles ne s'installent pas. Pourquoi, c'est la grande question par contre. Est-ce qu'il y a beaucoup de médecins qui sont réfractaires ? C'est une possibilité » (MED 1).

« (...) on est quand même un peu vieux médecins (...) peut-être qu'on a du mal à se faire à ces avancées-là quoi » (MED 7).

La confiance médicale est difficile à acquérir :

« (...) les anciennes générations elles ont beaucoup, beaucoup de mal à se retrouver à travailler en collaboration avec un professionnel de santé qui est peut-être pas de leur spécialisation. Encore moins laisser la main sur certaines choses, même si c'est pas lié on laisse pas la main du tout on continue à contrôler, à suivre nos patients » (MED 6).

« (...) au début on a beaucoup d'apriori, si on est plutôt dans l'inconnu, ne pas savoir comment ça va aller » (MED 6).

4.1.9 La perception des MG sur la pratique avancée infirmière :

Un MG exprime sa défiance vis-à-vis de la pratique avancée infirmière à travers la dégradation du soin et le morcellement de l'information.

« (...) j'étais pas franchement convaincue au départ (...) disons que si on avait assez de médecins, il n'y aurait pas besoin de la pratique avancée. Voilà. Parce-que je pense que c'est quand même (...) une dégradation du, euh. C'est pas que j'ai pas confiance aux infirmières mais chacun son travail. » (MED 5).

« (...) la connaissance globale du patient telle que l'a le médecin généraliste, aucun, aucun médecin, aucun pharmacien ne l'a. (...) Le fait de morceler notre pratique et ben ça morcelle cette information là et c'est au détriment des patients » (MED 5).

Les patients sont aussi des acteurs à convaincre afin d'adhérer à ce dispositif :

« (...) parce que les gens, faut bien se rendre compte qu'il y a pas que les médecins à convaincre, il y a aussi les patients et les patients qui, qui, qui vont rentrer, ils vont freiner et comme ça, voilà hein, c'est pas des docteurs qu'on va leur proposer alors un peu moins chez moi je pense pas qu'ils ont l'habitude ici de voir des internes, de voir des trucs mais quand vous voyez toujours le grand chef et puis tout à coup on va vous dire bah vous allez voir une infirmière une fois sur deux, je pense qu'il y a des gens qui vont donc après quand ils vont rentrer dans le système ils vont se rendre compte que ça roule mais il y a la porte à franchir qui est pas facile » (MED 5).

Un des MG pense que l'IPA risque de toucher uniquement les patients les plus motivés :

« Le seul souci, c'est que ce sera probablement toujours les patients les plus motivés qui iront voir l'IPA et pas forcément ceux qui ont le plus besoin de, de l'éducation thérapeutique, mais bon ça c'est à voir au fur et à mesure, c'est à tester » (MED 4).

Concernant les IPA, un manque de retour d'expérience freine leur déploiement :

« (...) faut voir aussi comment ça fonctionne au quotidien mais euh ce qui sera le plus efficace et le bouche-à-oreille et puis voir si ça fonctionne. Mais pour ça faut qu'ils y en aient qui s'installent » (MED 4).

4.1.10 Le devenir des IPA inquiète les MG du secteur audomarois :

Un nombre conséquent de médecins sont actuellement formés pour palier à cette baisse de la démographie médicale :

« *Parce-que dans, dans 10 ans quand ces 12, parce qu'ils sont à l'heure actuelle 12 000 donc 4 000 de plus. Quand ces 12 000 vont arriver sur le marché, on va faire quoi des IPA ? Ben on aura plus besoin. Et les assistantes, on en fera quoi ? On en aura plus non plus besoin* » (MED 5).

Un MG évoque son pessimisme quant à l'avenir des IPA :

« *Mais si dans 10 ans, il y a beaucoup de médecins qui arrivent, mon IPA...Si je le garderai peut-être pour des trucs qui sont très chronophages mais pas pour les trucs rentables* » (MED 5).

4.1.11 Attentes des MG envers les IPA :

Malgré cela, de nombreuses attentes dans la collaboration au sein du binôme MG/IPA sont émises de la part des MG envers les IPA. Par exemple, libérer du temps pour prendre de nouveaux patients :

« (...) *ça peut être vu comme une décharge, fin décharge de travail comme euh ouais une augmentation de la taille de la patientèle hein aussi pour répondre à la demande qu'il y a en face quoi. Les pouvoirs politiques qui voudront plus que ce soit pour une augmentation de patientèle (rires)* » (MED 3).

L'IPA doit avoir la capacité de revenir vers le médecin en cas de besoin :

« (...) *l'infirmière en pratique avancée doit avoir cette possibilité de se référer au médecin à l'instant T (...) c'est quelque chose de très important même si c'est pas obligatoire* » (MED 1).

Un des MG évoque le fait que l'IPA et le MG doivent travailler de la même façon afin d'obtenir le meilleur suivi possible des patients et limiter les sources d'erreurs ou perte d'informations :

« Donc ouais non pour moi c'est zéro papiers et l'infirmière IPA elle doit travailler exactement comme le médecin, même logiciel, même observations. (...) Bah ouais moi je suis un « e-médecin », donc je pourrais pas travailler avec une IPA qui fait du papier » (MED 3).

L'IPA peut réaliser des choses que le MG n'a pas le temps de faire comme de l'ETP :

« (...) il y a certaines choses, le, le tant qu'on prend d'éducation thérapeutique que nous on n'a pas, qui aura peut-être plus l'IPA » (MED 5).

L'IPA doit se rendre indispensable :

« Mais de toute façon là sur les 15 prochaines années, on a besoin des IPA et certainement (...) et à elles de se rendre indispensable » (MED 5).

L'IPA doit permettre une augmentation de la patientèle du MG :

« (...) j'espère bien que l'IPA va me permettre de monter ma patientèle (...) » (MED 5).

4.2 LES LEVIERS :

4.2.1 La perception de l'IPA auprès des MG est globalement positive :

Les MG rapportent que l'IPA amène une meilleure prise en soins des patients :

« (...) parce que c'est indispensable pour nous libérer, pour pouvoir prendre plus de patients et prendre mieux en charge » (MED 1).

L'IPA permet de remettre les patients en rupture de parcours de soins dans le système :

« Je me dis IPA, elle aura au moins ce regard-là, de dire lui il va pas bien, tu peux le remettre dans le système » (MED 5).

L'IPA possède également de l'expérience et alerte le MG en cas de besoin :

« Si y'a un problème, elle va alerter de toute façon et elle sait alerter, parce qu'elle a de la bouteille (...) » (MED 6).

Un MG relève que l'IPA n'a pas d'impact financier :

« Mais sur les IPA, le médecin n'a rien à déboursier non plus » (MED 1).

L'IPA libère du temps et prend en charge les patients de manière holistique offrant ainsi une approche globale :

« (...) une prise en charge assez globale » (MED 7).

« (...) les prises en charge (...) qu'on pense qu'on ne pas être à même de faire parce qu'on a pas assez de temps (...) et puis être vu sous un autre regard peut-être (...) » (MED 7).

L'IPA bénéficie de consultations plus longues, permettant une prise en soins plus approfondie et personnalisée des patients :

« (...) ils auront beaucoup plus de temps aussi et de ce que je connais les, les infirmières pratiques avancées, les consultations ne vont pas durer dix à quinze minutes comme avec nous (...) » (MED 1).

L'IPA possède une plus grande autonomie et un périmètre d'action plus élargi :

« (...) que les Asalée ont un périmètre d'action un peu plus étroit, euh un peu moins d'autonomie et puis mais donc je pense un peu complémentaire à mon sens mais ça doit être plus poussé les IPA » (MED 4).

Les MG ne ressentent pas de concurrence avec l'IPA mais plutôt une complémentarité :

« Alors je me sens pas du tout en concurrence avec une infirmière de pratique avancée. C'est pour moi c'est juste du plus, un soignant de plus pour les patients. Je pense qu'on est tellement en déficit de médecins » (MED 2).

Les IPA permettent de réduire le stress du MG :

« Donc pour l'instant je, j'ai pas une réduction de montant de travail visible mais un allègement de mon stress » (MED 6).

L'IPA est une réponse à la baisse de la démographie médicale et aux départs en retraite souvent non compensés :

« (...) c'est un métier à part entière, qui a été créé pour suppléer au manque de médecins qui sont en nombre défaillant sur le territoire... » (MED 6).

4.2.2 Le changement de paradigme médical :

Les jeunes médecins possèdent une culture pluriprofessionnelle plus développée, car ils travaillent en équipe dans laquelle l'IPA exerce :

« Mais après j pense que peut-être que comme les jeunes médecins auront l'avantage de travailler avec des IPA, ça peut être dans leur façon de voir les choses (...) (MED 5).

Ils souhaitent un équilibre entre la qualité de leur travail et leur vie personnelle. L'IPA permet d'accéder à ce confort en libérant du temps médical :

« (...) je me vois pas du tout être isolée. Pour moi, c'était l'ancienne médecine, mais je trouve que c'est vraiment important de, d'avoir que ce soit d'autres médecins ou d'autres paraméd autour de nous et de, d'avoir aussi demandé des avis et de communiquer entre nous » (MED 2).

4.2.3 La collaboration au sein du binôme MG/IPA :

La grande majorité des MG interrogés est unanime pour affirmer que les IPA sont un complément au MG et apportent une perspective différente :

« Ah bah moi je pense que c'est un, c'est un plus. Euh à la fois pour le patient qui peut avoir un regard différent comme, c'est la même histoire hein quand il y a un remplaçant, un interne » (MED 3).

L'organisation du travail au sein du binôme MG/IPA est discutée afin de répartir les tâches et de travailler en étroite collaboration :

« (...) la principale compétence c'est la communication et c'est la coordination et la, la capacité à revenir vers le médecin pour dire je ne sais pas faire ça, je sais pas et je le réadresse au médecin et la principale qualité c'est ça. C'est pas de tout faire en solo et c'est au contraire de tout faire en bonne coordination. » (MED 1).

Il n'existe pas de hiérarchisation au sein du binôme MG/IPA. La répartition des tâches de fait de manière concertée et collaborative :

« (...) tout devrait être fait en collaboration et en coordination. Donc je peux pas imposer non plus une infirmière de pratique avancée, de faire telle ou telle mission si elle est pas à l'aise » (MED 1).

La transdisciplinarité repose sur la collaboration entre le MG et l'IPA encourageant un dialogue ouvert et constructif :

« Après c'est un esprit de collaboration, de se dire qu'on est pas tous omniscient et qu'on ne sait pas tout, tout, sur tout... (...) on a besoin aussi de travailler maintenant, on est dans une ère multidisciplinaire, ça se développe de plus en plus » (MED 6).

Le travail collaboratif entre le MG et l'IPA est plus agréable, et permet d'accroître la satisfaction des MG au travail :

« c'est beaucoup moins déprimant (rires). D'être, de ne pas être seul, de pouvoir discuter, d'échanger de cas patient, euh d'avoir des moments de convivialité, que ce soit le midi ou les pause. Le lien social, quand je travaille tout seul, je, ça me déprime » (MED 3).

Collaborer à deux auprès d'un patient est plus intéressant :

« Quand il y a un petit truc qui colle pas, on va en discuter, on va rectifier, on va rappeler le patient et puis il y a deux cerveaux sur un malade, donc ça c'est bien aussi parce qu'on peut discuter il y a des situations qui sont compliquées parfois j'ai pas la solution où elles me donnent une piste : « Ah bah ouais, mince j'y avais pas pensé ! » Donc, ça c'est intéressant, on est à deux, on est plus tout seul à gérer, (...) » (MED 6).

L'absence de contraintes et de pression dans la collaboration entre le MG et l'IPA souligne une certaine liberté et flexibilité :

« (...) ce côté liberté aussi hein, on n'est pas emprisonné dans un truc où voilà, on signe une convention mais on sait qu'on peut se retirer si besoin. (...) Ce que j'aime là-dedans c'est vrai, qu'il n'y a pas de pression à l'objectif, il n'y a pas de contraintes » (MED 6).

4.2.4 Les outils indispensables à la collaboration :

Des outils communs de coordination facilitent la collaboration et la coordination au sein du binôme MG/IPA. Les réunions de concertation permettent aussi de s'accorder sur les demandes relatives des patients :

« Donc c'est, tout est censé être fait et tout sera fait en tout devrait être fait en collaboration et en coordination. (...) Donc c'est là où un outil de coordination, donc c'est à dire un logiciel métier commun est indispensable et de faire des réunions de concertation, de coordination pour se mettre d'accord sur qu'est-ce qu'on peut demander par rapport à tel patient, c'est indispensable » (MED 1).

La colocalisation est indispensable à une bonne collaboration :

« (...) si une infirmière de pratique avancée à mon sens est dans les murs du cabinet pour moi, c'est une sécurité pour les patients également. C'est que l'infirmière en pratique avancée doit avoir cette possibilité de se référer au médecin à l'instant t, donc soit par téléphone mais d'être dans les, dans un cabinet, euh, dans les murs physiques à mon sens c'est quand même quelque chose de très important même si c'est pas obligatoire » (MED 1).

4.2.5 Législation :

L'IPA est responsable de ses prescriptions :

« (...) s'il y a une erreur, bah c'est moi qui suis, j'ai une responsabilité prévue pour ça. Donc ça c'est vrai que, ce, le fait qu'il y ait chacun sa responsabilité (...) » (MED 6).

4.2.6 Le retour d'expérience :

Un MG évoque son retour d'expérience positif auprès de l'IPA ainsi qu'un retour global positif des patients pris en soins :

« (...) bah écoutez alors la plupart des patients je dirais 80% même 90 pour-cent allaient des patients sont satisfaits » (MED 6).

4.2.7 La communication développe la connaissance sur l'identité professionnelle de l'IPA :

4.2.7.1 La communication :

La communication est le levier commun qui a émergé des différents entretiens. Elle permet d'accroître les connaissances des MG sur la pratique avancée infirmière.

« (...) ce qu'il faut une meilleure communication. Il faut que les infirmières en pratique avancées se fassent connaître et fassent connaître leurs, leurs capacités, missions et ce qu'ils sont capables de faire » (MED 1).

« (...) on a pas encore été briefé sur vos études ce que vous avez appris, ce que vous savez faire, vos compétences, on sait pas donc euh. Il faudrait déjà qu'on ait un peu une trame de vos études (...) Il faut, va falloir croiser les données quoi à un moment donné pour voir les choses » (MED 3).

4.2.7.2 Les moyens de communication :

Les moyens de communication recensés par les MG sont les suivants : la CPTS audomaroise, les formations médicales continues (FMC) ou les réunions auprès des MG sur le secteur audomarois. Une réunion avait déjà été faite il y a quelques temps :

« On pourrait faire une FMC sur qu'est-ce que c'est qu'une IPA » (MED 3).

« (...) il y a la CPTS audomaroise par exemple, lors de réunion, (...) Je pense que ces deux moments différents où c'est possible de faire de la communication » (MED 2).

« (...) il y a une, un peu plus d'une année avec l'assurance maladie, (...) une petite soirée là avec même la CPTS je crois sur euh, X, et, et donc on avait présenté à la fin de la soirée la mission de l'IPA qu'est-ce qu'une IPA (...) » (MED 6).

Les retours d'expériences ou le bouche-à-oreille aident aussi l'IPA à se faire connaître :

« (...) probablement par la CPTS. (Silence). Puis après le bouche-à-oreille. Oh l'URPS, la FEMAS. (...) de la région hauts-de France » (MED 4).

Rencontrer les MG et échanger avec d'autres professionnels permet de se projeter dans une future collaboration :

« Je pense qu'une fois que l'IPA est là après tu trouves des idées. Tu vois là tu me poses des questions et sur le coup je dis bah, poufff, tu vois, ce que je t'ai dit que je connais pas ton domaine de compétences donc j'sais pas trop dire et là au fil de l'entretien toi tu trouves des

idées et je pense que quant au quotidien tu travailles avec une IPA, tu pourrais dire ah bah tiens écoutes là j'ai eu ça, est-ce que tu peux le faire... » (MED 3).

Les médias peuvent aussi aider à informer les MG sur la profession d'IPA :

« (...) bah là je pense, qu'il y a au niveau sensibilisation par des réunions mais ça peut être aussi à la télévision, j'en sais rien hein, diffusé par les médias » (MED 6).

4.2.8 Le rôle majeur du MG :

Le MG joue un rôle clé auprès de l'IPA dans ses projets. Il soutient et aide l'IPA afin à se développer :

« (...) de quel droit on pourrait empêcher quelqu'un de, bah enfin. Donc, non, non, non puis du coup elle s'est lancée là-dedans et puis comme on a fait une belle lettre de motivation elle a pu intégrer une école et puis comme elle bosse elle en voulait bah elle a réussi » (MED 6).

Le MG présente l'IPA à ses patients en expliquant ses compétences et en soulignant les avantages des consultations avec celle-ci :

« (...) j'ai une manière de l'apporter et je suis convaincu que c'est ça, ça fonctionne déjà bien de son côté à elle. S'il y a pas de réticence particulière c'est ni plus ni moins qu'une consultation comme moi je peux mener qu'elle va mener même un peu plus en profondeur donc y'a rien qui change en fait et les patients le voient bien et ils viennent hein, ils reprennent leur rendez-vous et ouais 90% pas de souci hein, ça roule hein » (MED 6).

Le MG est porteur de projets d'installation d'IPA sur le secteur audomarois comme ce MG :

« (...) j'étais partant puisque j'ai signé le contrat pour mon infirmière avec qui je travaille pour qu'elle puisse faire ses études et puis j'ai signé pour deux autres IPA sur X (...) » (MED 5).

L'intégration de l'IPA au sein d'une équipe pluridisciplinaire lui donne de la crédibilité et la valorise :

« (...) notre infirmière le dit bien, hein, il y a de la reconnaissance, elle se sent mieux depuis qu'elle pratique ce métier par rapport à, au métier d'infirmière libéral où elle était parfois

dénigrée où, voilà, les patients n'avaient pas le même contact, là, elle sent qu'elle a un petit peu plus de, je vais pas dire de crédibilité mais voilà elle a un rôle, un rôle au sein du cabinet, elle existe parce que le médecin est la confiance en elle, parce que le médecin adresse le patient, le patient voit qu'effectivement c'est sérieux » (MED 6).

4.2.9 La connaissance antérieure de l'IPA :

Pour le MG, connaître la personne avec qui il va travailler est primordial :

« (...) je l'aurais pas fait avec une infirmière peut-être que je ne connaissais pas ni d'Eve, ni d'Adam par exemple » (MED 6).

4.2.10 Rémunération :

Une incitation financière auprès des MG peut favoriser la collaboration avec une IPA :

« Bah je sais que là il y a (...) des projets sur les, les rémunérations du ROSP, ou des financements de l'ARS (...) ils vont inciter les pratiques de maisons de santé pluriprofessionnelle avec des IPA pour justement, euh accès cette coordination est mettre en place des éducations thérapeutiques beaucoup plus conséquentes et beaucoup plus importantes pour que le patient soit un expert de sa propre maladie » (MED 1).

5 DISCUSSION :

5.1 Résultats principaux :

Cette étude a permis d'identifier les obstacles et les leviers des MG du secteur audomarois concernant la pratique avancée infirmière en soins primaires.

L'insuffisance des connaissances concernant la pratique avancée est globale et variable selon les MG. La connaissance antérieure globale de l'identité professionnelle des IPA par les MG est un levier essentiel au déploiement permettant d'éviter les obstacles médicaux parfois ressentis. L'amélioration des connaissances doit passer par la communication.

La perception globale du dispositif IPA est positif. L'IPA est considérée comme un acteur pragmatique répondant aux enjeux sociodémographiques et sanitaires du secteur audomarois. Pourtant, son déploiement sur le secteur audomarois reste limité.

Les MG interrogés sont ouverts à la collaboration avec les IPA. Ils les considèrent comme des acteurs complémentaires permettant de réintégrer les patients dans le système de soins et d'améliorer leur prise en soins. Les IPA permettent de dégager du temps médical et d'optimiser les files actives des MG.

La collaboration au sein du binôme MG/IPA est discutée et organisée, évitant ainsi le chevauchement des compétences et l'ambiguïté autour des rôles de chacun. Le MG joue un rôle clé dans le déploiement des IPA, soutenant leur projet professionnel malgré une formation souvent perçue comme complexe. De plus, il crédibilise la pratique avancée infirmière auprès des patients, montrant ainsi sa confiance.

L'exercice coordonné entre les deux acteurs au sein des MSP favorise les pratiques collaboratives et l'intégration des IPA dans les équipes pluridisciplinaires. Les outils informatiques communs et la colocalisation semblent être des leviers indispensables et sécurisants pour tous.

Le modèle économique de l'IPA semble précaire et pose des questions sur leur avenir à long terme auprès des MG.

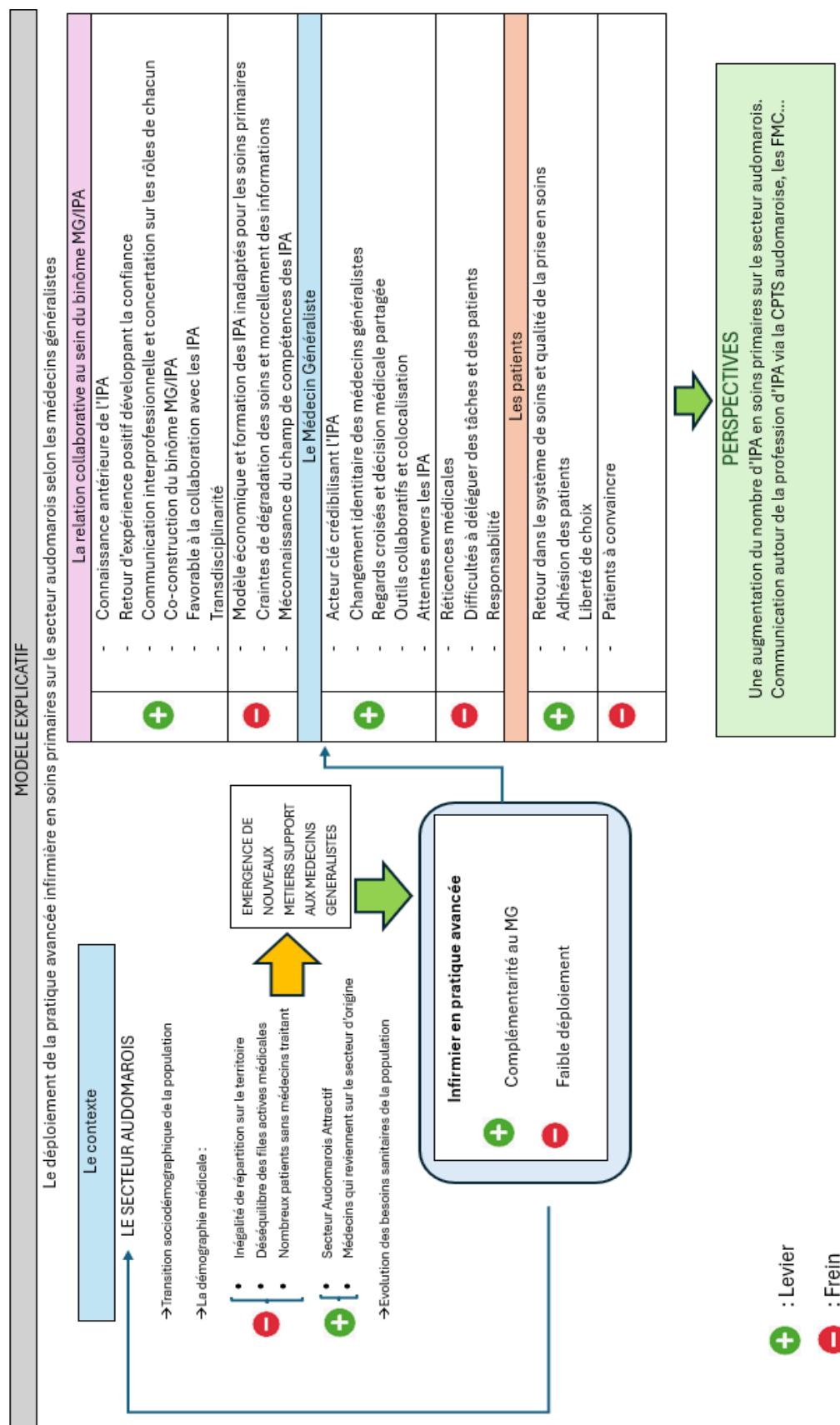


Figure 5: Modèle explicatif du déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois selon les MG

5.2 Comparaison à la littérature :

L'objectif principal de cette étude était de démontrer la méconnaissance de la pratique infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois.

Cette hypothèse est partiellement confirmée. Il existe une insuffisance de connaissances variable selon les MG interrogés.

Le secteur audomarois est confronté à une baisse de la démographie médicale. Les MG du secteur soignent des patients âgés atteints de pathologies chroniques (1) rendant les consultations plus longues et complexes. Ces deux phénomènes remettent en question nos pratiques en soins primaires, comme en suisse (17).

Selon les MG, il existe une répartition inégale des médecins sur le secteur audomarois et un déséquilibre dans les files actives des MG.

Le secteur audomarois fait donc face à des défis importants favorisant le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires. Ces zones sous-médicalisées ont été suggérées comme propice à l'implantation de l'IPA dans une récente étude française de la Société Française de Santé Publique (SFSP) parue en 2024 (16).

5.2.1 Insuffisance des données des MG sur la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois :

Bien que certaines connaissances existent, il reste encore une méconnaissance et une confusion concernant le rôle et les compétences des IPA parmi les MG. Les représentations hétérogènes du rôle des IPA et le flou ressenti autour de ce dispositif ont été abordés dans une étude qualitative de 2021(18).

Les MG connaissent certaines fonctions des IPA, comme la prescription, le renouvellement et la réévaluation des traitements, ainsi que leur rôle éducatif à travers l'éducation thérapeutique (ETP) ou la prévention (18). Ils mentionnent également le suivi coordonné des patients chroniques stables avec un accord tripartite.

La méconnaissance reste notable sur le champ de compétences des IPA, le modèle économique, le système de rémunération, la responsabilité, et le contenu de la formation des IPA. Les modalités de collaboration entre les MG et les IPA sont également floues. Le manque

de connaissance et de clarté sur le rôle de l'IPA est systématiquement noté, quel que soit le pays ou l'ancienneté d'introduction du dispositif(19) (20) .

L'impact de l'émergence de nombreux nouveaux métiers dans le domaine médical a créé une confusion sur les compétences de chacune de ces professions. Les infirmières Asalée en MSP semblent freiner le déploiement de la pratique avancée infirmière en raison du risque de doublon avec les missions des IPA et de leur mode de rémunération par une association. Une étude parue en juin 2022 évoque le manque d'informations des MG autour des nouveaux métiers dont l'IPA est un élément majeur (16). Une autre étude ethnographique a aussi abordé ce thème en expliquant « le chevauchement entre les domaines de compétences des infirmières en pratique avancée et celui des médecins » (21).

Enfin, les internes en médecine générale n'ont pas de formation sur ces nouveaux métiers pendant leurs études. Une interview d'un médecin paru récemment dans La Revue Prescrire abordé également ce sujet (22).

5.2.2 Le dispositif IPA :

Les données montrent que les MG du secteur audomarois ont des doutes et des inquiétudes concernant les IPA.

Les MG estiment que la formation des IPA est complexe et coûteuse en termes de temps et d'argent. De plus, le nombre d'IPA formées pour les soins primaires est insuffisant, et l'accueil de stagiaires IPA n'est pas valorisé. Les MG sont préoccupés par la rentabilité du modèle économique des IPA. Ces deux notions sont abordées dans un audit flash paru en juillet 2023 (12) et dans une autre étude parue en mars 2023 (23).

Le manque de retour d'expérience freine le déploiement des IPA. De ce fait, la confiance médicale est difficile à acquérir. Une récente étude française (16) aborde cette notion de confiance, indispensable pour envisager une collaboration interprofessionnelle. Parfois, certains MG expriment leur défiance vis-à-vis de la pratique avancée infirmière, craignant une dégradation du soin et un morcellement de l'information. Cette complexification des parcours de soins est aussi abordée dans cet article (18).

Ils rencontrent des difficultés dans la délégation de tâches médicales modifiant ainsi la répartition du travail (18) et l'ancienne génération médicale est parfois décrite comme

réfractaire au changement (24). Dans un article de revue, l'IPA devient une « innovation perturbatrice » (25).

Certains MG soulignent que les patients sont aussi des acteurs à convaincre afin d'adhérer à ce dispositif (26). Cet article explique que la mise en œuvre des pratiques infirmières avancées risquait de soulever une certaine réticence de la part des médecins et des patients. Un article de revue (25) énonce l'imprévisibilité des patients qui est à prendre en compte.

Un MG semble inquiet quant à l'avenir des IPA sur le secteur audomarois. Un nombre conséquent de médecins sont actuellement formés pour pallier à la baisse de la démographie médicale (2) et remet en question l'avenir à plus ou moins long terme des IPA.

5.2.3 La collaboration au sein du binôme MG/IPA :

La collaboration au sein du binôme MG/IPA est marquée par un changement de paradigme dans la pratique médicale perçu ces dernières années (26). Les MG souhaitent travailler différemment aujourd'hui, en favorisant l'exercice coordonné et la transdisciplinarité, tout en cherchant un équilibre entre la qualité de travail et leur mode de vie personnel. Un article canadien évoque ce changement de paradigme auprès des MG au Québec (27).

La perception et l'adhésion au dispositif IPA varient selon les MG mais les pratiques collaboratives suscitent certaines craintes, notamment en cas de départ éventuel de l'IPA ou de l'installation d'une éventuelle mésentente au sein du binôme MG/IPA. Une revue de littérature aborde ce sujet en expliquant que les mauvaises relations avec le MG pouvait être un obstacle au sein de la collaboration MG/IPA (28).

Deux des MG interviewés considèrent que les IPA ne sont pas une réponse à la baisse de la démographie médicale. L'un d'eux les considère comme des acteurs pragmatiques aux contraintes sociodémographiques et épidémiologiques actuels.

Un autre frein à la collaboration au sein du binôme MG/IPA a été soulevé : les temps de collaboration, comme les débriefings avec les IPA, ne sont pas rémunérés et valorisés. Une étude aborde ce thème (23) exprimant la nécessité d'incitations financières plus importantes à la pratique collaborative.

Les données montrent que les MG de la région audomaroise ont des attentes concernant la collaboration avec les IPA. Les IPA doivent devenir indispensables dans la pratique médicale quotidienne.

Une étude récente française a exploré les attentes des MG sur une CPTS (16). Les MG espèrent que les IPA pourront libérer du temps médical pour leur permettre de prendre de nouveaux patients. Dans la littérature internationale, une étude suédoise (23) aborde cet accroissement du temps médical permettant de prendre en soins d'autres patients.

Les IPA peuvent réaliser des tâches que les MG n'ont pas le temps de réaliser, comme l'ETP (18).

Mais pour cela, un MG mentionne que l'IPA et le MG doivent travailler de manière coordonnée pour assurer le meilleur suivi possible des patients et minimiser les erreurs ou la perte d'informations. Cette sécurité dans les soins apportés aux patients est aussi abordée dans cette étude suédoise (23).

5.3 FORCES ET LIMITES :

Cette étude est la première sur le secteur audomarois à interroger des MG sur le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires. Cette étude est reproductible sur d'autres territoires en France.

Une autre étude s'était intéressée au déploiement de la pratique avancée sur le territoire Francilien.

L'approche choisie était inspirée de la phénoménologie interprétative, permettant d'analyser le niveau de connaissance des MG sur la pratique avancée infirmière et de repérer les freins et les leviers à son déploiement en soins primaires.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés et un guide d'entretien avait été établi. La retranscription des entretiens a été réalisée et anonymisée. Un double codage a été effectué avec un autre chercheur suivi d'une triangulation de l'analyse, renforçant la validité interne de cette étude.

Cette étude étant qualitative, elle n'a pas permis d'explorer la totalité des MG du secteur audomarois. Leurs réponses pourraient être différentes selon leurs vécus antérieurs vis-à-vis de

la pratique avancée infirmière. Sur 62 MG du secteur audomarois, 7 ont accepté l'entretien et 2 n'ont pas donné de réponse. L'échantillonnage est hétérogène. Les MG interrogés étaient âgés de 27 à 58 ans, exerçant de manières différentes, MSU ou non, hommes et femmes. Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel.

Malgré le fait d'être novice dans la recherche, la grille COREQ (Annexe 9) a permis d'évaluer la qualité de ce travail de recherche qualitative.

5.4 Objectif secondaire :

L'objectif secondaire de cette étude était d'identifier les leviers au déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois.

5.4.1 Une perception positive des IPA :

La perception positive des MG envers les IPA a été ressentie à travers les différents entretiens.

Les MG estiment que les IPA améliorent la prise en charge des patients, notamment en réintégrant ceux qui sont en rupture de parcours de soins (26). Les IPA, grâce à leur expérience, alertent les MG en cas de besoin et libèrent du temps médical, permettant une approche globale et holistique des soins (11). Les consultations des IPA sont plus longues, offrant une prise en charge personnalisée et approfondie. Les MG ne ressentent pas de concurrence avec les IPA, mais plutôt une complémentarité (16). Les IPA sont vues comme une solution à la baisse de la démographie médicale et aux départs en retraite non compensés. Les jeunes MG, ayant une culture pluriprofessionnelle plus développée, apprécient l'équilibre entre la qualité de leur travail et leur vie personnelle que les IPA permettent d'atteindre en libérant du temps médical.

5.4.2 La collaboration au sein du binôme MG/IPA :

L'importance et les avantages de la collaboration entre les MG et les IPA ont été largement abordés. Les MG considèrent que les IPA sont complémentaires (16), apportant une perspective différente. La répartition des tâches se fait de manière concertée et collaborative, sans hiérarchie, favorisant un dialogue ouvert et constructif. Cette notion de co-construction

dynamique au sein du binôme MG/IPA a été abordée dans un article de revue datant de 2021 (29). La clarification des rôles de chacun est indispensable au bon fonctionnement du binôme MG/IPA (17).

La collaboration au sein du binôme MG/IPA améliore la satisfaction des MG au travail et réduit leur stress. La colocalisation et l'utilisation d'outils communs de coordination sont essentielles pour une bonne collaboration (30). Les réunions de concertation permettent de s'accorder sur les demandes des patients. L'étude suisse précédemment citée évoque ce leadership collaboratif mettant le patient au centre des soins et passe par la communication interprofessionnelle (17). Globalement, les retours des MG et des patients sur cette collaboration sont positifs (20).

Enfin, croiser les formations MG/IPA a été suggéré par un MG. Cela permettrait de préparer les futurs MG aux pratiques collaboratives.

5.5 PERSPECTIVES :

Le secteur audomarois est propice au déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires mais nécessite une communication efficace auprès des MG qui expriment le besoin de connaître davantage l'identité professionnelle des IPA (18) (17).

Afin de communiquer, les MG interrogés proposent divers moyens de communication sur le secteur audomarois comme l'utilisation de la CPTS audomaroise, les FMC ou encore des réunions locales afin de partager des retours d'expériences, favoriser le bouche-à-oreille, faire des rencontres et échanger avec d'autres professionnels pour envisager une future collaboration (16). L'utilisation des médias pour informer sur la profession d'IPA a été évoquée.

L'exercice coordonné au sein du binôme MG/IPA remet le patient au centre du système de soins mais perturbe les pratiques collaboratives antérieures. En revanche, connaître l'IPA avec qui le MG collabore est important selon eux (32).

La délégation de tâches reste complexe pour les MG, similaire au ressenti des IPA envers les infirmières libérales. Les IPA sont complémentaires aux MG et améliorent la qualité de prise en soins des patients.

Les MG soulignent le besoin de valoriser financièrement cette pratique collaborative macrophage en temps. Un MG propose des incitations financières pour encourager la collaboration avec les IPA (23). Depuis 2023 , la valorisation de l'exercice coordonnée avec des IPA est valorisé par le biais d'aides financières dans le ROSP et le forfait structure (33)

Des avancées législatives récentes concernant la pratique avancée infirmière ont été réalisées mais l'avenir des IPA reste fragile en raison de leur modèle économique qui précarise leur déploiement.

Le nombre d'IPA en soins primaires sur le secteur audomarois va s'accroître dans les années à venir. Le rôle clé des MG dans le soutien et la présentation des IPA à leurs patients et dans son intégration dans les équipes pluridisciplinaires renforcent la crédibilité professionnelle selon les MG (31).

Une nouvelle recherche dans les cinq ans permettrait d'explorer à nouveau l'évolution de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois auprès des MG.

6 CONCLUSION :

Cette étude a permis de mettre en évidence l'insuffisance de connaissances concernant les IPA en soins primaires sur le secteur audomarois auprès des MG.

D'autres freins sont apparus lors de cette étude. Le dispositif IPA soulève des doutes et des inquiétudes concernant le modèle économique et le devenir à long terme des IPA. Malgré les derniers arrêtés régissant la profession des IPA, des améliorations concernant le modèle économique, la formation et la rémunération de la collaboration restent des perspectives pour l'avenir des IPA.

Le déploiement des IPA est complexe, mais la perception des IPA en soins primaires est positive. Son déploiement nécessite des améliorations constantes autour de son identité professionnelle.

Ce travail a permis d'identifier des leviers afin d'améliorer le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois.

La communication, les retours d'expérience, le bouche-à-oreille et la connaissance antérieure de l'infirmière permettraient de rassurer les MG et développer ainsi la confiance.

Les MG jouent un rôle clé auprès des IPA. Ils les légitiment au sein des équipes pluriprofessionnelles et auprès des patients, car eux aussi sont à convaincre.

La complémentarité de l'IPA auprès des MG est unanime. L'exercice coordonné et la décision médicale partagée sont les clés de la réussite de ce binôme. L'utilisation d'outils de coordination communs et un lieu de colocalisation faciliteraient les pratiques coordonnées.

Les MG ont des attentes fortes concernant la collaboration au sein du binôme MG/IPA. La collaboration au sein du binôme MG/IPA nécessite une perpétuelle co-construction autour des rôles et missions de chacun. La délégation des tâches médicales vers les infirmières reste difficile et nécessite du temps afin de développer la confiance professionnelle.

D'autres recherches sont nécessaires afin d'évaluer la mise en application de ces leviers proposés par les MG interrogés.

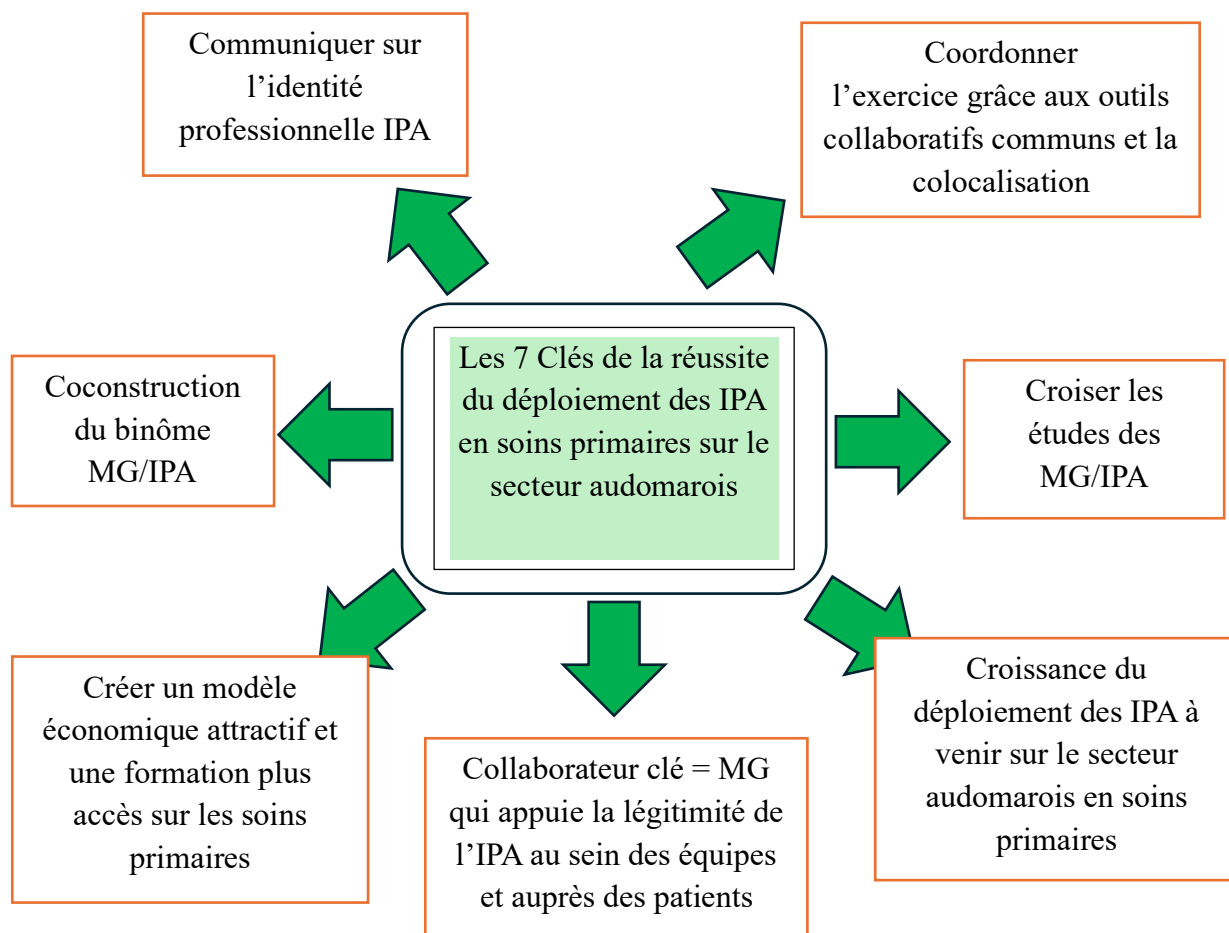


Figure 6: Les 7 clés de la réussite du déploiement des IPA en soins primaires sur le secteur audomarois.

BIBLIOGRAPHIE :

1. DRESS. L'état de santé de la population en France [Internet]. N°102 ; 2022 [cité 22 févr. 2025]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/DD102MAJ200323.pdf>
2. Dr François ARNAULT, Président du CNOM. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE Situation au 1er janvier 2025 [Internet]. 2025. Disponible sur : conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1lz38w1/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
3. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [Cité 1 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
4. Rôle de l'infirmière de pratique avancée Figure 1: Rôle de l'infirmière de pratique avancée d'après Hamric et al. (2013) [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/role-de-l-infirmiere-de-pratique-avancee.html>
5. CPTS Audomaroise – Au service des professionnels de santé [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.cpts-audomaroise.fr/>
6. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
7. Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie - Légifrance [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914038>
8. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée - Légifrance [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051013550>
9. Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051533034>
10. Nurses in advanced roles in primary care | OECD [Internet]. [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: https://www.oecd.org/en/publications/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en.html
11. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. PUB MED Natl Libr Med [Internet]. 16 nov 2017 [cité 27 avr 2025]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29176932/>

12. COURS DES COMPTES. LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEES: UNE EVOLUTION NECESSAIRE, DES FREINS PUISSANTS A LEVER. [Internet]. 2023 [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/65310>
13. Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC et al. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé [Internet]. 2021 [cité 26 avr 2025]. Disponible sur: igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-04/Annexes_Trajectoires%20pour%20de%20nouveaux%20partages%20de%20comp%C3%A9tences%20entre%20professionnels%20de%20sant%C3%A9.pdf
14. Questions d'économie de la santé 277 : Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires - Irdes [Internet]. 2023 [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2023/qes-277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.html>
15. Elkhalloufi F, Abdeljabbar R, Fares R. L'IPA au Maroc: réalité, défis et perspectives. Revue de la Pratique Avancée. mars 2025;Vol.VI(n°1):52 à 55.
16. Par Laure Aumaréchal, Jean-Pierre Lebeau et Mary Lebleu. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. 2022;Pages 66 à 78.
17. Josi R, Bianchi M, Brandt SK. Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration | BMC Nursing | Full Text [Internet]. 2020 [cité 26 avr 2025]. Disponible sur: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0393-4>
18. Matthieu Aghnatios TD Julien Dictor, Martina Gasparovicova, Cyril Drouot, Fabrice Gasperini et Tiphane Bouchez. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif | Cairn.info [Internet]. 2021 [cité 27 nov 2024]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-547?lang=fr>
19. Dan Lecocq, Yves Mengal, Magali Pirson. COMMENT DÉVELOPPER LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE DANS DES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ COMPLEXES ? Dan Lecocq, Yves Mengal, Magali Pirson S.F.S.P. | « Santé Publique » 2015/HS S1 | pages 105 à 110 [Internet]. 2015 [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: stm.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-105?lang=fr#s1n9
20. Delamaire M, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. Editions OCDE, Paris; 2010 [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/delamaire_m._et_g._lafortune_2010_les_pratiques_infirmieres_avancees._une_description_et_evaluation_des_experiences_dans_12_pays_developpes_documents_de_travail_de_l_ocde_sur_la_sante_no._54_editions_ocde_paris.pdf

21. Schober M PhD, MSN, ANP (président). Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique. Rev Francoph Int Rech Infirm. juin 2015;Volume 1(numéro 2):pages 71-77.
22. Daniel Moreau. La revue Prescrire N°495. 2025 [cité 26 avr 2025]. Penser et réaliser autrement la consultation de soins primaires - Prescrire. Disponible sur: <https://prescrire.org/divers/495-penser-et-realiser-autrement-la-consultation-de-soins-primaires>
23. Implementing advanced practice nursing in France: A country-wide survey 2 years after its introduction - PubMed [Internet]. 2023 [cité 27 avr 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168185/>
24. Busca E, Savatteri A, Calafato TL et al. Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. PUB MED Natl Libr Med [Internet]. 16 sept 2021; Disponible sur: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34530813/
25. Rioux-Dubois A, Perron A. Intégration des infirmières praticiennes en soins de santé primaires : repenser la négociation de dynamiques complexes | Cairn.info [Internet]. 2021 [cité 2 mai 2025]. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2021-2-page-38?lang=fr>
26. Beauvais C, Rodère M. Infirmières en pratique avancée et parcours de soins Infirmières en pratique avancée et parcours de soins. Rev Rhum. janv 2025;Volume 92(numéro 1):Pages 26-35.
27. L'identité professionnelle des médecins de famill... – Recherches sociographiques – Érudit [Internet]. 2020 [cité 26 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/rs/2019-v60-n2-rs05448/1070973ar/>
28. Schirle L, Norful AA, Rudner N, Poghosyan L. Organizational facilitators and barriers to optimal APRN practice: An integrative review - PubMed. PUB MED. déc 2020;311-20.
29. Par Carolina De Rosis, Maria Teixeira et Ljiljana Jovic. Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins | Cairn.info [Internet]. 2021 [cité 27 avr 2025]. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2021-1-page-89?lang=fr>
30. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. PUB MED Natl Libr Med. 22 juin 2021 ;
31. IRDES. Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien | Cour des comptes [Internet]. [cité 27 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/plateformes-citoyennes/plateforme-evaluations-politique-publique/explorer-evaluations/une-analyse>
32. Damien Contandriopoulos 1, Astrid Brousselle 2, Carl-Ardy Dubois 3, Mélanie Perroux 4, Marie-Dominique Beaulieu 5, Isabelle Brault 6, Kelley Kilpatrick 7, Danielle

D'Amour 8, Esther Sansgter-Gormley 9. PUB MED. 2015 [cité 26 avr 2025]. A process-based framework to guide nurse practitioners' integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis - PubMed. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25889415/>

33. l'Assurance Maladie. Rosp et forfait structure 2023 : une rémunération moyenne en augmentation de 2,5% | ameli.fr | Médecin [Internet]. [Cité 2 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/medecin/actualites/rosp-et-forfait-structure-2023-une-remuneration-moyenne-en-augmentation-de-25>

7	<u>Table des matières</u>	
1	AVANT-PROPOS :.....	1
2	INTRODUCTION :	2
3	METHODE :	8
3.1	Type d'étude :.....	8
3.2	Population d'étude :.....	8
3.3	Recueil des données :.....	8
3.4	Analyse des données :.....	8
3.5	Aspects éthiques et réglementaires :	9
4	RESULTATS ET ANALYSE :.....	10
4.1	LES FREINS:	10
4.1.1	L'insuffisance de connaissance des MG sur la pratique avancée infirmière :.....	10
4.1.2	L'émergence des nouveaux métiers :.....	12
4.1.3	La collaboration au sein du binôme MG/IPA :	13
4.1.4	Le secteur audomarois : un territoire propice au déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires.....	14
4.1.5	La formation des IPA :	15
4.1.6	Le modèle économique des IPA :.....	16
4.1.7	L'orgueil médical est parfois présent :.....	17
4.1.8	Changement de paradigme médical :.....	17
4.1.9	La perception des MG sur la pratique avancée infirmière :	18
4.1.10	Le devenir des IPA inquiète les MG du secteur audomarois :.....	19
4.1.11	Attentes des MG envers les IPA :	19
4.2	LES LEVIERS :	20
4.2.1	La perception de l'IPA auprès des MG est globalement positive :	20
4.2.2	Le changement de paradigme médical :.....	22
4.2.3	La collaboration au sein du binôme MG/IPA :	22
4.2.4	Les outils indispensables à la collaboration :.....	23
4.2.5	Législation :.....	24
4.2.6	Le retour d'expérience :.....	24
4.2.7	La communication développe la connaissance sur l'identité professionnelle de l'IPA :	24
4.2.8	Le rôle majeur du MG :	26
4.2.9	La connaissance antérieure de l'IPA :	27
4.2.10	Rémunération :	27
5	DISCUSSION :	28
5.1	Résultats principaux :	28
5.2	Comparaison à la littérature :	30

5.2.1	Insuffisance des données des MG sur la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois :	30
5.2.2	Le dispositif IPA :	31
5.2.3	La collaboration au sein du binôme MG/IPA :	32
5.3	FORCES ET LIMITES :	33
5.4	Objectif secondaire :	34
5.4.1	Une perception positive des IPA :	34
5.4.2	La collaboration au sein du binôme MG/IPA :	34
5.5	PERSPECTIVES :	35
6	CONCLUSION :	37

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES FIGURES :

Figure 1: CNOM 2025 p.142	2
Figure 2: Rôle de l'infirmière en pratique avancée d'après Hamric et al. (2013)	3
Figure 3: ARS Zonage 2022 médecins généralistes département du Pas-de-Calais.....	4
Figure 4: Démographie médicale du secteur audomarois.....	5
Figure 5: Modèle explicatif du déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois selon les MG	29
Figure 6: Les 7 clés de la réussite du déploiement des IPA en soins primaires sur le secteur audomarois.....	38

TABLE DES TABLEAUX :

Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes.....	10
--	----

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Questionnaire/ Guide d'entretien

Les modalités de mon mémoire ont été expliquées :

Lettre d'information remise lors de la demande d'entretien (mail ou en direct) et récupérée signée au préalable (avant l'entretien) :

« Bonjour, je suis Céline Duhazard. Je suis infirmière et actuellement étudiante en master Infirmière en Pratique Avancée à l'Université de Lille Henri Warembourg. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur « Le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois ». Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'explorer les moyens de développer la pratique avancée sur le secteur audomarois auprès des médecins généralistes et des futurs médecins souhaitant s'installer sur ce secteur.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste sur le secteur audomarois ou être étudiant en médecine en stage sur le secteur audomarois.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire. Etes-vous d'accord ?

(Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2025-043 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des

données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.)

Merci à vous !" »

Questions	Objectifs
N°1 : . Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? - Quel est votre âge ? - Quel est votre secteur d'exercice ? Rural ? Semi-rural ? Urbain ? - Quel est votre parcours professionnel ? - Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin généraliste sur le secteur Audomarois ? - Quel est votre temps de travail hebdomadaire approximatif ?	Objectif : Informations socio-démographiques : Connaître l'interviewé(e) de manière générale et de façon professionnelle.
N°2 : . Comment organisez-vous votre temps de travail au sein de votre cabinet ? - Quelle structure ? MSP/ESP /CPTS ? Seul(e)/ - Avec qui ? Assistant(e) médical(e)/ infirmier(e) Asalée - Pluridisciplinarité : Autres professionnels médicaux ? Paramédicaux ?	Objectif : Informations sur le mode de fonctionnement dans lequel exerce l'interviewé(e).
N°3 : . Connaissez-vous le terme « pratique avancée » ? Relance : - Savez-vous comment se déroule le travail entre une infirmière en pratique avancée et un médecin généraliste ? - Connaissez-vous un médecin généraliste qui travaille avec une IPA ?	Objectif : Sonder les connaissances de l'interviewé(e) sur la pratique avancée. - Si oui : pouvez-vous m'en dire plus ? Avez-vous vu votre pratique évoluer ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? - Si non : le terme d'infirmière en pratique avancée ? (Cf. document sur les notions d'infirmière en pratique avancée)

- Travaillez-vous avec une IPA ?	
<u>N°4 :</u> . Selon vous, dans quel cadre exerce un(e) infirmier(e) en pratique avancée et quels sont ses rôles et missions ? Relance : - Qu'attendriez-vous d'une infirmière en pratique avancée par rapport par exemple à une infirmière libérale, Asalée ou assistante médicale ? - Quel est selon vous le rôle de l'IPA dans le parcours de soins du patient ? Au sein d'une équipe pluridisciplinaire ? - Quelles missions seriez-vous prêt à lui confier ? - Seriez-vous favorable à l'intégration d'une infirmière en pratique avancée au sein de votre cabinet ?	Objectif : Nommer l'identité rapportée et connaître le niveau de connaissances de l'interviewé(e) sur les rôles et missions de l'IPA. <u>Pas de connaissances :</u> selon vous que pourraient-ils en être ? <u>Si connaissances :</u> relance si besoin (Pourriez-vous m'en dire plus ?)
<u>N°5 :</u> . Pourriez-vous envisager de travailler à l'avenir en collaboration avec un(e) infirmier(e) en pratique avancée ? Relance : - Selon vous, quelles compétences une IPA doit posséder pour travailler dans un cabinet médical en soins primaires ? - Quels avantages ou inconvénients voyez-vous pour les patients d'avoir une IPA lors des suivis de pathologies chroniques stabilisées au sein de votre cabinet médical ? - Quels avantages ou inconvénients voyez-vous pour le secteur Audomarois d'avoir un déploiement de la pratique avancée infirmière plus importante ?	Objectif : Connaître les leviers, les freins, les attentes d'une collaboration avec un(e) IPA. <u>Si non :</u> Pourquoi ? <u>Si oui :</u> Pourquoi ?

N°6 :

. D'après vous, quelles sont les leviers qui permettraient à la pratique avancée infirmière de se développer sur le secteur Audomarois ?

Relance :

- **Quelles sont selon vous les actions à mettre en place auprès des médecins généralistes afin de favoriser la collaboration avec une infirmière en pratique avancée ?**

Objectif : Tenter de trouver des solutions pour améliorer le déploiement de la pratique avancée infirmière sur le secteur Audomarois.

ANNEXE 2 : Evolution de la grille d'entretien après le premier entretien N°2

Evolution de la grille après le premier entretien : N°2

Questionnaire/ Guide d'entretien

Les modalités de mon mémoire ont été expliquées :

Lettre d'information remise lors de la demande d'entretien (mail ou en direct) et récupérée signée au préalable (avant l'entretien) :

« Bonjour, je suis Céline Duhazard. Je suis infirmière et actuellement étudiante en master Infirmière en Pratique Avancée à l'Université de Lille Henri Warembourg. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur « Le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois ». Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'explorer les moyens de développer la pratique avancée sur le secteur audomarois auprès des médecins généralistes et des futurs médecins souhaitant s'installer sur ce secteur.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste sur le secteur audomarois ou être étudiant en médecine en stage sur le secteur audomarois.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire. Etes-vous d'accord ?

(Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2025-043 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.)

Merci à vous !" »

Questions	Objectifs
N°1 : . Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Guide/relance : - Age ? - Genre : homme/femme - Quel est votre parcours professionnel ? (En étude ou en exercice ?) • Lieu d'exercice : - Quel est votre secteur d'exercice ? Rural ? Semi-rural ? Urbain ? - Depuis combien d'années êtes-vous sur le secteur Audomarois ? • Mode d'exercice : - Dans quel type de structure travaillez-vous ? MSP/ESP /CPTS /Seul(e)/Autre (public ou privé) - Avec qui ? Assistant(e) médical(e)/ infirmier(e) Asalée/ Infirmières libérales/Autre - Pluridisciplinarité ? Autres professionnels médicaux ? Paramédicaux ?	Objectif : Informations socio-démographiques : Connaître l'interviewé(e) de manière générale et de façon professionnelle. → Si étudiant : expliquer les différents types de structures dans lesquelles ils ont déjà pu travailler.
N°2 : . Comment organisez-vous votre temps de travail au sein de votre cabinet ? - Quel est votre temps de travail hebdomadaire approximatif ? • Si étudiant : - Expliquez-moi comment vous travaillez chez vos différents maîtres de stage/ lieux de stage. • Les deux : - Expliquez-moi une semaine type.	Objectif : Informations sur l'organisation du temps de travail de l'interviewé(e). → Par exemple, décrivez-moi votre poste de travail, conditions de travail (logiciel, aide humaine, cadre de travail, ce qui fait pourquoi vous avez choisi ce lieu ?) → Comment imaginez-vous votre future manière d'exercer ?

N°3 : . Connaissez-vous le terme « pratique avancée » ? « Infirmière en pratique avancée » ? Relance : - Connaissez-vous la différence entre une IDE libérale/ Asalée/IPA/ IDE Coordinatrice par ex ? - Connaissez-vous les modalités d'exercice entre une infirmière en pratique avancée et un médecin généraliste ? - Connaissez-vous un médecin généraliste qui travaille avec une IPA ?	Objectif : Sonder les connaissances de l'interviewé(e) sur la pratique avancée. - Si travaille avec une IPA : pouvez-vous m'en dire plus ? Avez-vous vu votre pratique évoluer ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? - Si ne connaît pas : expliquer le terme d'infirmière en pratique avancée ? (Cf. document sur les notions d'infirmière en pratique avancée)
N°4 : . Selon vous, quels sont les rôles et les missions d'une IPA ?	Objectif : Nommer l'identité rapportée et connaître le niveau de connaissances de l'interviewé(e) sur les rôles et missions de l'IPA. → Pas de connaissances : selon vous que pourraient-ils en être ? → Si connaissances : relance si besoin (Pourriez-vous m'en dire plus ?)
N°5 : . Pourriez-vous envisager de travailler à l'avenir en collaboration avec un(e) infirmier(e) en pratique avancée ? Relance : - Avec quel type de patients pensez-vous qu'une IPA peut avoir un rôle à jouer ? - Selon vous, quels peuvent être les avantages ou les inconvénients pour les patients d'être suivi par une IPA pour leurs pathologies chroniques ?	Objectif : Connaitre les leviers, les freins, les attentes d'une collaboration avec un(e) IPA. <u>Si non</u> : Pourquoi ? <u>Si oui</u> : Pourquoi ? → Illustrer avec une situation, une consultation ou plusieurs (ou l'IPA pourrait être une aide) → Si aborde le sujet des pathologies chroniques (donner des exemples)

- Quelles missions seriez-vous prêt à lui confier ?	
N°6 : Une seule IPA exerce actuellement sur le secteur Audomarois. En parallèle, la démographie médicale baisse. . D'après vous, quelles sont les leviers qui permettraient à la pratique avancée infirmière de se développer sur le secteur Audomarois ? <u>Relance :</u> - Actions à mettre en place ? - Auprès de qui ? - Comment ?	<u>Objectif :</u> Tenter de trouver des solutions pour améliorer le déploiement de la pratique avancée infirmière sur le secteur Audomarois.

ANNEXE 3 : Evolution de la grille d'entretien après le premier entretien N°3

Evolution de la grille après le premier entretien : N°3

Questionnaire/ Guide d'entretien

Les modalités de mon mémoire ont été expliquées :

Lettre d'information remise lors de la demande d'entretien (mail ou en direct) et récupérée signée au préalable (avant l'entretien) :

« Bonjour, je suis Céline Duhazard. Je suis infirmière et actuellement étudiante en master Infirmière en Pratique Avancée à l'Université de Lille Henri Warembourg. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur « Le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois ». Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'explorer les moyens de développer la pratique avancée sur le secteur audomarois auprès des médecins généralistes et des futurs médecins souhaitant s'installer sur ce secteur.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste sur le secteur audomarois ou être étudiant en médecine en stage sur le secteur audomarois.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire. Etes-vous d'accord ?

(Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2025-043 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.)

Merci à vous !" »

Questions	Objectifs
N°1 : . Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Guide/relance : - Age ? - Genre : homme/femme - Statut :médecin généraliste/étudiant - Quel est votre parcours professionnel ? - Lieu d'exercice - Quel secteur : Rural ? Semi-rural ? Urbain ? - Depuis combien d'années êtes-vous sur le secteur Audomarois ? - Mode d'exercice : seul ou pluridisciplinarité - Structure ? MSP/ESP /CPTS /Seul(e)/Autre	Objectif : Informations socio-démographique : Connaître l'interviewé(e) de manière générale et de façon professionnelle. →Si étudiant : expliquer les différents types de structures dans lesquelles ils ont déjà pu travailler.
N°2 : . Comment organisez-vous votre temps de travail au sein de votre cabinet ? - Quel est votre temps de travail hebdomadaire approximatif ? • Si étudiant : - Expliquez-moi comment vous travaillez chez vos différents maîtres de stage/ lieux de stage. • Les deux : - Expliquez-moi une semaine type.	Objectif : Informations sur l'organisation du temps de travail de l'interviewé(e). →Par exemple, décrivez-moi votre poste de travail, conditions de travail (logiciel, aide humaine, cadre de travail, ce qui fait pourquoi vous avez choisi ce lieu ?) →Comment imaginez-vous votre future manière d'exercer ?
N°3 : . Connaissez-vous le terme « pratique avancée » ou « infirmière en pratique avancée ? » - Les modalités d'exercice entre une IPA et un médecin généraliste ? - Pourquoi travailler avec une IPA ?	Objectif : Sonder les connaissances de l'interviewé(e) sur la pratique avancée. - Si travaille avec une IPA : pouvez-vous m'en dire plus ? Avez-vous vu votre pratique évoluer ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? - Si ne connaît pas : expliquer le terme IPA (cf document sur les notions d'infirmière en pratique avancée)

<u>N°4 :</u> . Selon vous, quels sont les rôles et les missions d'une IPA ?	Objectif : Nommer l'identité rapportée et connaître le niveau de connaissances de l'interviewé(e) sur les rôles et missions de l'IPA. → <u>Pas de connaissances</u> : selon vous que pourraient-ils en être ? → <u>Si connaissances</u> : relance si besoin (Pourriez-vous m'en dire plus ?)
<u>N°5 :</u> . Pourriez-vous envisager de travailler à l'avenir en collaboration avec un(e) infirmier(e) en pratique avancée ? Relance : - Quelles seraient vos attentes envers une IPA ? = Le CV idéal de l'IPA/ la fiche de poste - Quel type de patients - Avantages - Inconvénients pour les patients d'être suivi par une IPA pour leurs pathologies chroniques ? - Quelles missions seriez-vous prêt à lui confier ?	Objectif : Connaître les leviers, les freins, les attentes d'une collaboration avec un(e) IPA. <u>Si non</u> : Pourquoi ? <u>Si oui</u> : Pourquoi ? → Illustrer avec une situation, une consultation ou plusieurs (ou l'IPA pourrait être une aide) → Si aborde le sujet des pathologies chroniques (donner des exemples)
<u>N°6 :</u> Une seule IPA exerce actuellement sur le secteur Audomarois. En parallèle, la démographie médicale baisse. . D'après vous, quelles sont les solutions qui permettraient à la pratique avancée infirmière de se développer sur le secteur Audomarois ? Relance : - Actions à mettre en place ? - Auprès de qui ? - Comment ?	Objectif : Tenter de trouver des solutions pour améliorer le déploiement de la pratique avancée infirmière sur le secteur Audomarois.

ANNEXE 4 : Autorisation DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

<i>Intitulé</i> : Déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur Audomarois (IPA)
Référence Registre DPO : 2025-043
Responsable scientifique : M. Marc BAYEN Interlocuteur : Mme Céline DUHAZARD LEFEBVRE

Fait à Lille,

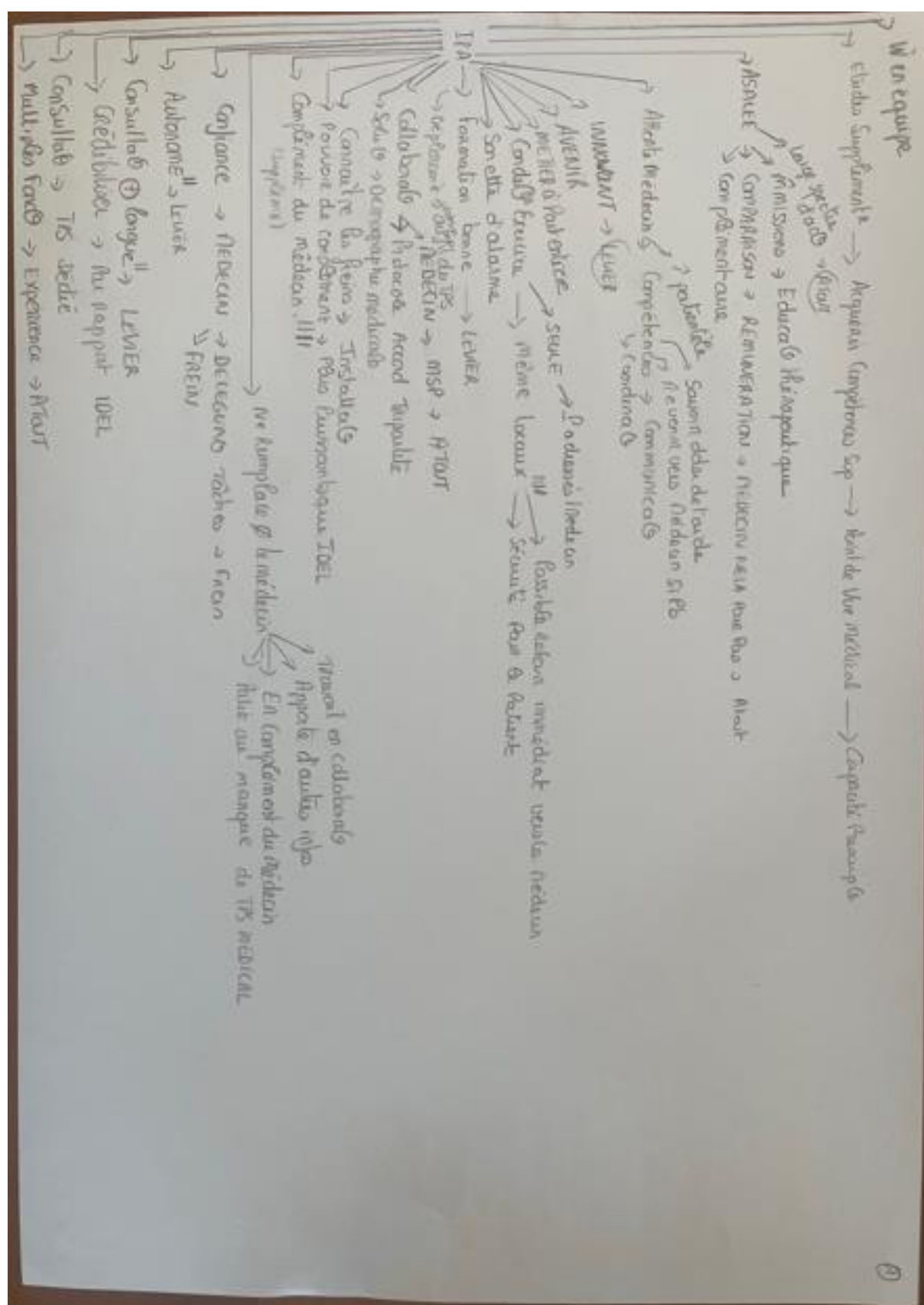
Jean-Luc TESSIER

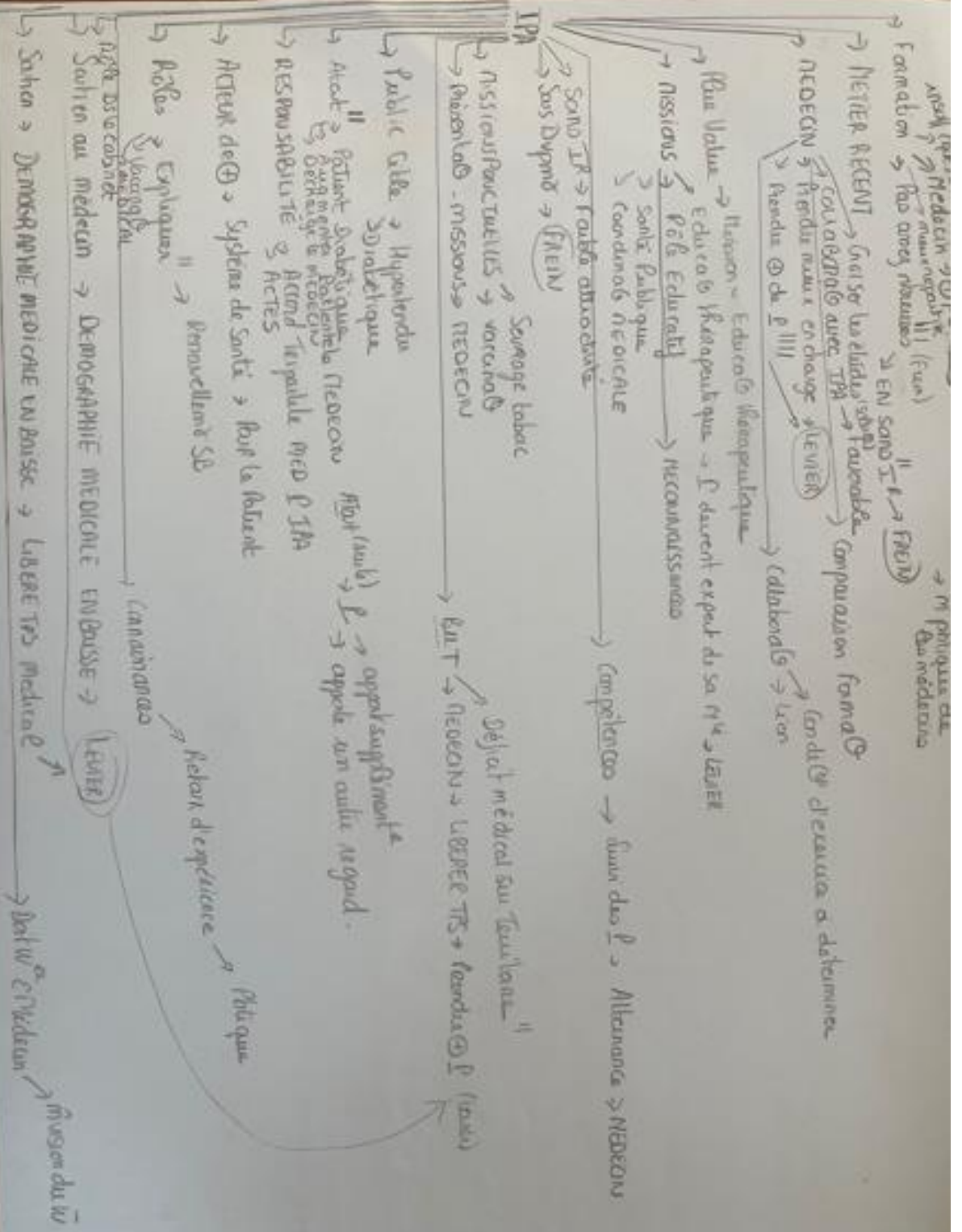
Le 25 février 2025

Délégué à la Protection des Données

ANNEXE 5 : VERBATIM







→ Se Syndiquer

→ EXPERIENCE → Hospitalière → LEADER → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

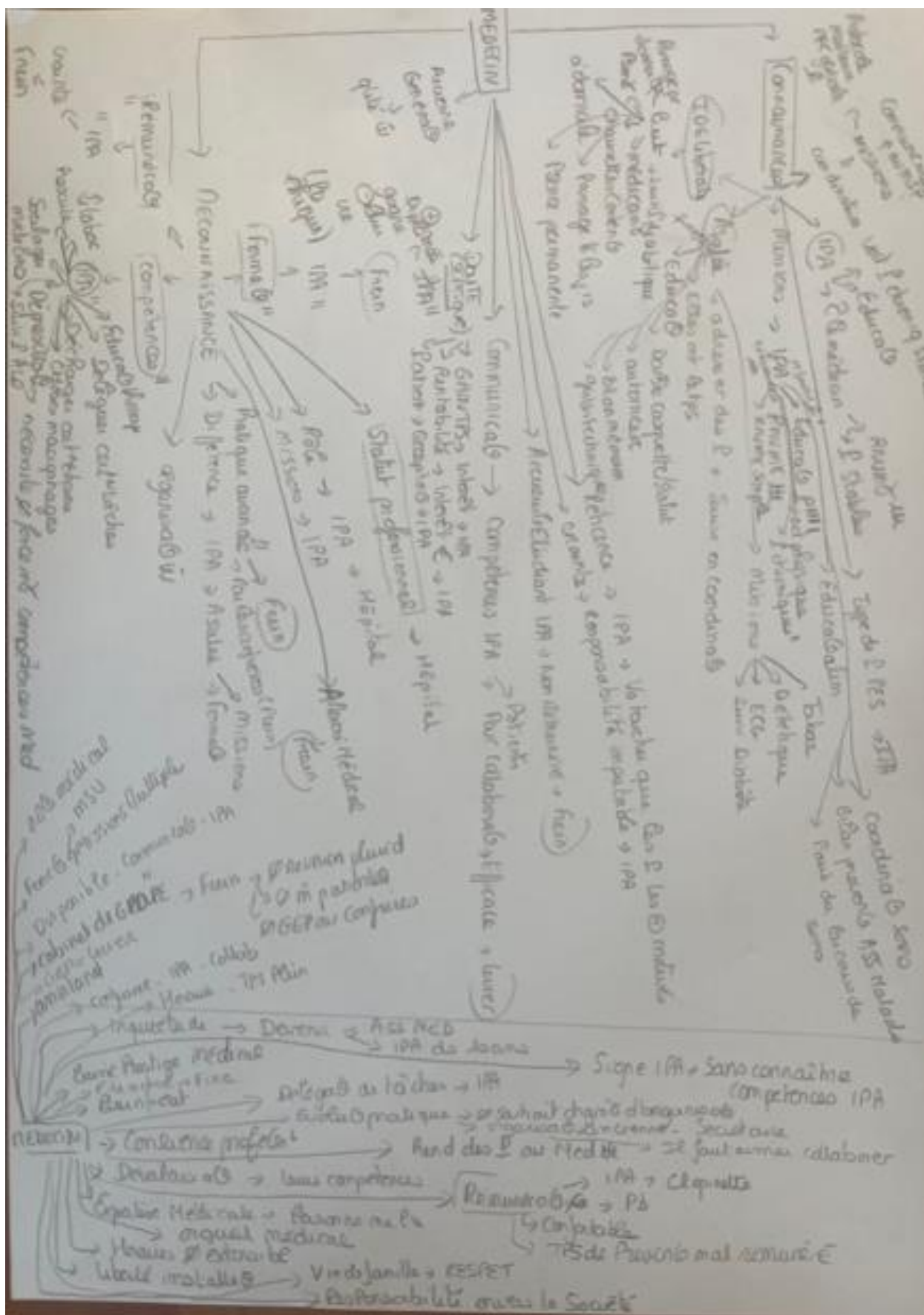
→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL

→ PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL → PROFESIONNEL



Pratiquant pluriprofessionnel
collaboratif → LEVER



Communication → échanges → Autre métier IPA → Démarque nos compétences → LEVER
 → Transmissions
 ↳ De guidance - Pele d'info → Façon commune

Fonction → MED → IPA → M. S. O. S. → Pratiquant pluriprofessionnel
 ↳ Réunion collective → Semestre d'abord
 ↳ Evalué besoins → P → IPA → Pratiquant

Logistique → collaboration → IPA → Pratiquant pluriprofessionnel
 ↳ Pratiquant pluriprofessionnel → Pratiquant pluriprofessionnel → Pratiquant pluriprofessionnel
 ↳ Pratiquant pluriprofessionnel → Pratiquant pluriprofessionnel → Pratiquant pluriprofessionnel
 ↳ Pratiquant pluriprofessionnel → Pratiquant pluriprofessionnel → Pratiquant pluriprofessionnel

ANNEXE 7

CODAGE

1. **ACCORD**
2. **ACCORD TRIPARTITE**
3. **ACQUERIR DES COMPETENCES SUPPLEMENTAIRES**
4. **ACTEUR DE PLUS**
5. **ACTIVITE PHYSIQUE**
6. **AIDE DEMARCHES ADMINISTRATIVES**
7. **AIDE SECU**
8. **ALTERNANCE AVEC LE MEDECIN**
9. **AMELIORE QUALITE DES SOINS**
10. **ANCIENNE GENERATION**
11. **AGE**
12. **AGENDA PARTAGE ACCESSIBLE A TOUS**
13. **AIDE DEMARCHES ADMINISTRATIVES**
14. **ANNEES D'EXPERIENCE**
15. **ANTICIPATION**
16. **ANTERIEURE IMPORTANTE**
17. **APPORTE D'AUTRES INFORMATIONS**
18. **APPORTE UN AUTRE REGARD**
19. **APPORT SUPPLEMENTAIRES**
20. **ARRET PRISE EN CHARGE IPA POSSIBLE RESPECT CHOIX**
21. **ARRET TABAC**
22. **ASALEE**
23. **ASSISTANAT**
24. **ASSISTANTE MEDICALE**
25. **ATTENTE MEDECIN**
26. **ATTRACTIF**
27. **AUGMENTATION ACTIVITE IPA**
28. **AUGMENTATION A VENIR DES IPA SECTEUR AUDOMAROIS**

29. **AUGMENTER LA PATIENTELE MEDICALE**
30. **AUTONOME**
31. **AUCUNS FREINS**
32. **AXE D'OUVERTURE**
33. **AXER SUR LA COORDINATION**
34. **BAISSE DU PRESTIGE MEDICAL**
35. **BILANS DE MEMOIRE**
36. **BONNE FORMATION**
37. **BURN OUT**
38. **BUT**
39. **CABINET DE GROUPE**
40. **CAPACITE DE PRESCRIPTION**
41. **CAPSO ACTIF**
42. **CATASTROPHIQUE**
43. **CHAMP DE COMPETENCES**
44. **CHACUN A SA PLACE**
45. **CHEVAUCHEMENT**
46. **CHOIX DU MEDECIN TRAITANT**
47. **CHOSSES MACROPHAGES**
48. **COLLABORATION**
49. **COLLABORATION AVEC IPA**
50. **COLLABORATION MEDICALE**
51. **COMME LE MEDECIN**
52. **COMMUNIQUER**
53. **COMMUNIQUER AUX PATIENTS**
54. **COMMUNIQUER SUR LES COMPETENCES IPA**
55. **COMMUNICATION**
56. **COMMUNICATION AVEC LA MSP**
57. **COMMUNICATION NECESSAIRE TV RADIO**
58. **COMMUNICATION VIA FMC**
59. **COMPARAISON**

- 60. COMPARAISON FORMATION
- 61. COMPLEMENT DU MEDECIN
- 62. COMPLEMENTARITE
- 63. COMPETENCES
- 64. CONDITION DE RETOUR VERS LE MEDECIN
- 65. CONDITIONS D'EXERCICE
- 66. CONDITIONS D'EXERCICE A DETERMINER
- 67. CONFIANCE
- 68. CONFIANCE MEDICALE
- 69. CONNAISSANCE
- 70. CONSTAT
- 71. CONSULTATION COURTE
- 72. CONSULTATION PLUS LONGUES/ CONSULTATIONS/ EN SUPPLEMENT DES
CONSULTATIONS MEDICALES
- 73. CONTINUITE DES SOINS
- 74. COORDINATION
- 75. COORDINATION MEDICALE
- 76. COORDINATRICE
- 77. COORDONNER
- 78. COUT
- 79. CREATION
- 80. CREATION POUR COMPENSER MANQUE DE MEDECINS
- 81. CRENEAUX DEDIES D'URGENCE
- 82. CREDIBILISER IPA PAR RAPPORT A INFIRMIERE LIBERALE
- 83. CROISER LES DONNEES
- 84. CROISER LES ETUDES
- 85. CROYANCE
- 86. PRENDRE LA PLACE DE
- 87. CPTS
- 88. CPTS AUDOMAROISE
- 89. DEFICIT MEDICAL

90. DEFICIT MEDICAL SUR LE TERRITOIRE
91. DECHARGE LE MEDECIN
92. DECHARGER DE CERTAINES CHOSES
93. DECOUVRE NOS COMPETENCES
94. DEDRAMATISER
95. DEFAILLANCE
96. DEGRADATION DU SOINS
97. DELEGATION DE TACHES
98. DELEGUER
99. DELEGUER CERTAINES TACHES
100. DEMANDEUR
101. DEMARCHES ADMINISTRATIVES
102. DEMOGRAPHIE MEDICALE
103. DEMOGRAPHIE MEDICALE EN BAISSSE
104. DEPEND DU VOLUME DE SA PATIENTELE
105. DEPIT
106. DEPRESCRIPTION
107. DEPLOIEMENT
108. DEPLOIEMENT LENT IPA
109. EDUQUER A VOIR L'IPA
110. DES GESTES TECHNIQUES
111. DES PETITES CHOSES
112. DISCUTE-ECHANGE-RECTIFIE
113. DISCUTER ENSEMBLE
114. DIABETE
115. DIABETIQUE
116. DIETETIQUE
117. DIFFERENCE
118. DIFFERENCE DE PRATIQUE GENERATIONNELLE
119. DIMINUTION
120. DONNE DU TRAVAIL

- 121. **DOUBLE STATUT**
- 122. **DOIT GAGNER SA VIE**
- 123. **DOIT SE RENDRE INDISPENSABLE**
- 124. **DOIT TRAVAILLER COMME LE MEDECIN**
- 125. **DOUTE**
- 126. **DYNAMIQUE**
- 127. **EDUCATION**
- 128. **EDUCATION ALIMENTATION**
- 129. **EDUCATION DES PATIENTS**
- 130. **EDUCATION THERAPEUTIQUE**
- 131. **EDUCQUER A VOIR L'IPA**
- 132. **ELECTROCARDIOGRAMME**
- 133. **ELLES ONT LE TEMPS**
- 134. **EMERGENCE NOUVEAUX METIERS**
- 135. **EN COMPLEMENT DU MEDECIN**
- 136. **EN MAISON DE SANTE-PLUS DEVELOPPEE-ATOUT**
- 137. **EN SOINS PRIMAIRES**
- 138. **ENTENTE-FEELING**
- 139. **ENTENDU PARLER IL Y A 2 ANS**
- 140. **ETUDES SUPPLEMENTAIRES**
- 141. **ETUDES SUPPLEMENTAIRES 2 ANS**
- 142. **EVALUATIONS DES BESOINS**
- 143. **EVOLUTION DE LA PRATIQUE MEDICALE**
- 144. **EVOLUTION MEDICALE QUALITE DE TRAVAIL**
- 145. **EVOLUTION MODE DE VIE DES MEDECINS**
- 146. **EVOLUTION PRATIQUE MEDICALE**
- 147. **EVOLUTION SOCIETE MEDICALE**
- 148. **EVOLUTIONS DES MŒURS MEDICALES**
- 149. **EXERCE MSP**
- 150. **EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**
- 151. **EXPERIENCES**

- 152. **EXPERTISE MEDICAL**
- 153. **EXPLIQUER**
- 154. **FAIRE DE LA COORDINATION DE SOINS**
- 155. **FAIRE DES BILANS DE PREVENTION ASSURANCE MALADIE**
- 156. **FAIRE DES RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENTS**
- 157. **FAIRE DU PARCOURS DE SOINS**
- 158. **FAIT AVANCER LA MSP**
- 159. **FAVORABLE**
- 160. **FAVORISE ENSTALLATION EN MSP**
- 161. **FEELING**
- 162. **FEELING AVEC SON MEDECIN**
- 163. **FILE ACTIVE FIXE**
- 164. **FINANCEMENT ARS**
- 165. **FINANCEMENT DISTINCTION MSP AUTRES FONCTIONNEMENT**
- 166. **FINANCIER**
- 167. **FMC**
- 168. **FORMATION**
- 169. **FORMATION COMPLEMENTAIRE**
- 170. **FORMATION DIFFERENTE**
- 171. **FORMATION INSUFFISANTE**
- 172. **FORMATION MEDICALE**
- 173. **FORMATION MEDICALE 10 ANS ETUDES**
- 174. **FORMATION MEDICALE AUGMENTATION**
- 175. **FREIN**
- 176. **CONNAITRE LES FREINS**
- 177. **FUTURE COLLABORATION AVEC IPA OK**
- 178. **GAIN DE TEMPS**
- 179. **GENRE**
- 180. **GENERATIONNELLE**
- 181. **GEP**
- 182. **GEP INFORMEL PRODUCTIF**

- 183. **GESTION PERSONNEL**
- 184. **GESTION POLITIQUE DE SANTE**
- 185. **GROUPE D'ECHANGE DE PRATIQUES**
- 186. **HORAIRE TEMPS-PLEIN**
- 187. **HOPITAL**
- 188. **HOPITAL DE JOUR**
- 189. **HYPERTENDU**
- 190. **HYPERTENSION**
- 191. **IDEE DEVELOPPEMENT IPA**
- 192. **IDEE SOLUTION FUTUR**
- 193. **IDEL**
- 194. **IL FAUT AIMER LA COLLABORATION**
- 195. **IMPORTANCE COMMUNICATION INTER PROFESSIONNELLE**
- 196. **IMPORTANCE PULRIDISCIPLINARITE**
- 197. **INCITATION**
- 198. **INFIRMIERE A DOMICILE**
- 199. **INFIRMIERE LIBERALE**
- 200. **INITIATEUR**
- 201. **INSTALLATION**
- 202. **INTERESSANT POUR LE MEDECIN**
- 203. **INTERET FINANCIER**
- 204. **INTERET IPA**
- 205. **INTERPROFESSIONNELLE**
- 206. **IPA**
- 207. **IPA SERIEUX**
- 208. **LEVIER**
- 209. **LIBERE DU TEMPS MEDICAL**
- 210. **LIBERER DU TEMPS**
- 211. **LIBERTE DE CHOIX**
- 212. **LIBERTE D'INSTALLATION**
- 213. **LIEUX D'EXERCICE**

- 214. LOGICIEL
- 215. LOGICIEL AVEC ORDINATEUR
- 216. LOGICIEL COMMUN
- 217. LOCAUX
- 218. LOCAUX ADEQUATS
- 219. MACROPHAGE EN TEMPS
- 220. MANQUE DE CLARTE
- 221. MANQUE DE CLARTE GOUVERNEMENTALE
- 222. MANQUE DE RETOUR D'EXPERIENCE
- 223. MANQUE DE TEMPS
- 224. MANQUE DE TEMPS POUR Y PARTICIPER
- 225. MANQUE EN SOINS PRIMAIRES
- 226. MANQUE FORMATION
- 227. MECONNAISSANCE
- 228. MEDECIN
- 229. MEDECIN DISPONIBLE
- 230. MEDECIN DOIT COMPRENDRE MODELE ECONOMIQUE
- 231. MEDECIN MISSIONS MULTIPLES
- 232. MEDECIN NE DEPENSE RIEN
- 233. MEDECIN NE LA PAIE PAS
- 234. MEDECIN CONFRERE
- 235. MEILLEUR PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS
- 236. MEILLEURE PREVENTION
- 237. MEME DISCOURS
- 238. MEME LOCAUX
- 239. MEME MISSION
- 240. MEME PROBLEMATIQUE QUE LES MEDECINS
- 241. MEME VISION DU TRAVAIL
- 242. MESSAGERIE DOCTOLIB
- 243. METIER A PART ENTIERE
- 244. METIER IPA
- 245. METIER RECENT

- 246. METIERS CREEES EN MEME TEMPS-COMPLEXE DE S'Y RETROUVER
- 247. MINI CONCERTATION
- 248. MISSIONS
- 249. MISSIONS PONCTUELLE
- 250. MODULE EDUCATION
- 251. MOINS AUTONOME
- 252. MONTEE EN COMPETENCES
- 253. MORCELLEMENT DE LA PRATIQUE
- 254. MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE (MSP)
- 255. MAITRE STAGE UNIVERSITAIRE (MSU)
- 256. MULTIPLES FONCTIONS
- 257. NEGATIF
- 258. NE PEUX PAS IMPOSER
- 259. NE PEUX PAS LES VOIR
- 260. NE REMPLACE PAS LE MEDECIN
- 261. NE SE PROPOSE PAS AUX MEDECINS
- 262. NECESSITE ADAPTATION LOCAUX
- 263. NECESSITE PAS FORCEMENT DE COMPETENCES MEDICALES
- 264. NON DESIR D'AUGMENTER SA PATIENTELE
- 265. NON REMUNERE
- 266. NOUVELLE CONVENTION MEDICALE DEVOIEMENT
- 267. NOUVELLE ORGANISATION MEDICALE
- 268. NUMERUS APERTUS
- 269. NUMERUS CLAUSUS
- 270. OBJECTIF
- 271. OBTENTION DES COURRIERS
- 272. OMNIDOC
- 273. ON PREFERE VOIR LE DOCTEUR
- 274. ORGUEIL MEDICAL
- 275. ORIGINAIRE DE LA REGION
- 276. ORGANISATION
- 277. ORGANISATION ANCIENNE

- 278. ORGANISATION DE TRAVAIL
- 279. ORGANISATION DES SOINS
- 280. OUTIL
- 281. OUTIL COMMUN DE COLLABORATION
- 282. OUTIL DE COLLABORATION
- 283. OUTIL DE COMMUNICATION
- 284. OUTIL DE COORDINATION
- 285. OUTIL INFORMATIQUE COMMUN
- 286. PARLE DE PROTOCOLES
- 287. PARLE TROP
- 288. PALIE AU MANQUE DE TEMPS MEDICAL
- 289. PANSEMENT
- 290. PASSAGE POUR DONNER LES MEDICAMENTS
- 291. PASSAGE TOUS LES JOURS
- 292. PAS A L'ACTE
- 293. PAS APPORT SUR ASALEE
- 294. PAS APPORT SUR IPA
- 295. PAS ASSEZ FORMEE EN NOMBRE
- 296. PAS ASSEZ NOMBREUSES
- 297. PAS CPTS
- 298. PAS CONCURRENCE
- 299. PAS DE CRAINTE
- 300. PAS DE CONTRAINTES
- 301. PAS DE DEPLOIEMENT
- 302. PAS DE GEP AVEC SES CONFRERES
- 303. PAS DE MEDECIN TRAITANT
- 304. PAS DE PRESSION A L'OBJECTIF
- 305. PAS DE REUNION PLURIDISCIPLINAIRE
- 306. PAS DE SOUHAIT DE CHANGEMENT D'ORGANISATION
- 307. PAS D'INTERET DE LA CONSULTATION
- 308. PAS IMPOSER IPA
- 309. PATIENT CHRONIQUES STABLES

- 310. PATIENT DEVIENT EXPERT DE SA MALADIE
- 311. PATIENT DIABETIQUE
- 312. PATIENT PRIS EN CHARGE AVEC MEDECIN TRAITANT DEJA
- 313. PATIENT SANS SUIVI COMPLIQUE
- 314. PATIENTS ADRESSE PAR LE MEDECIN
- 315. PATIENTS AIGUS
- 316. PATIENTS AVEC PROBLEMATIQUES AIGUS
- 317. PATIENTS COMPLEXES
- 318. PATIENTS PAS DE RETICENCE
- 319. PATIENTS SATISFACTION PRISE EN CHARGE IPA
- 320. PATIENTELE
- 321. PERIMETRE D'ACTION PLUS RESTREIN
- 322. PERMET DE RESTER DANS LES DERNIERES RECOMMANDATIONS
- 323. PERPLEXITE ENVERS IPA
- 324. PERSONNE D'AUTRE NE L'A
- 325. POINT DE VUE MEDICAL
- 326. POLITIQUE CASSE SYSTEMATIQUE MEDICALE
- 327. POLITIQUE DE SANTE
- 328. POLITIQUE DE SANTE DEGRADEE
- 329. POUR LE PATIENT
- 330. POUR POUVOIR PRENDRE PLUS DE PATIENTS
- 331. PRAGMATIQUE
- 332. PRATIQUE AVANCEE
- 333. PRESENTATION COMPETENCES IPA
- 334. PRESENTER
- 335. PRESENCE PERMANENTE
- 336. PRESCRIRE
- 337. NE PREND PAS TON TRAVAIL
- 338. PRENDRE MIEUX EN CHARGE
- 339. PRENDRE PLUS DE PATIENTS
- 340. PRIME
- 341. PRISE EN CHARGE

- 342. PRISE EN SOINS
- 343. PROBLEMATIQUE
- 344. PROBLEME ETHIQUE REMUNERATION IPA
- 345. PROJECTION
- 346. PROTOCOLE D'ACCORD TRIPARTITE/ ACCORD TRIPARTITE MEDECIN

PATIENT IPA

- 347. PROTOCOLE DE SOINS
- 348. PROTOCOLE DE SOINS PANSEMENT
- 349. QUALITE DE TRAVAIL
- 350. QUALITE DE VIE
- 351. QUESTIONNEMENT
- 352. RAPIDITE ACCES SOINS
- 353. REGARD DIFFERENT
- 354. REEVALUATION TRAITEMENT
- 355. REMETTRE DANS LE SYSTEME LES PATIENTS
- 356. REMPLACEMENT PAR IPA
- 357. REMUNERATION
- 358. REMUNERATION DE LA CONSULTATION MEDICALE PROBLEMATIQUE
- 359. REMUNERATION IPA CLOPINETTES
- 360. REMUNERATION MEDICALE CONFORTABLE
- 361. REMUNERATION PAR UNE ASSOCIATION
- 362. RENCONTRE
- 363. RENCONTRE ASALEE
- 364. RENCONTRER MEDECINS
- 365. RENOUVELLEMENT
- 366. RENOUVELLEMENT DES TRAITEMENTS
- 367. RENOUVELLEMENT SI BESOIN
- 368. RENOUVELLEMENT SIMPLE
- 369. RENOUVELLER REUNION PRESENTATION
- 370. RENTABILITE
- 371. REORGANISATION
- 372. RESPONSABILITE

- 373. **RESPONSABILITE ACTES**
- 374. **RESPONSABILITE MEDICALE ENVERS LA SOCIETE**
- 375. **RETICENCE**
- 376. **RETOUR D'EXPERIENCE**
- 377. **RETOUR D'EXPERIENCE NECESSAIRE**
- 378. **RETOUR D'EXPERIENCE SUR LA COLLABORATION AVEC IPA**
- 379. **REUNION**
- 380. **REUNION DE CONCERTATION**
- 381. **REUNION PRESENTATION IPA**
- 382. **REUNION PRESENTATION MISSIONS IPA**
- 383. **RISQUE**
- 384. **RISQUE D'ERREUR**
- 385. **RISQUE LITIGIEUX**
- 386. **RISQUE MESENTENTE**
- 387. **RISQUE PERTE LIBERTE INSTALLATION DES MEDECINS**
- 388. **RISQUE SI DEPART**
- 389. **ROLE DANS LE CABINET**
- 390. **ROLE EDUCATION**
- 391. **ROLE MEDICAL IPA**
- 392. **ROLE MEDICAL DU MEDECIN**
- 393. **ROSP**
- 394. **RURAL**
- 395. **SANTE PUBLIQUE**
- 396. **SAVOIR DEMANDER DE L'AIDE**
- 397. **SCANNAGE DES COURRIERS**
- 398. **SE METTRE D'ACCORD**
- 399. **SE SYNDIQUER**
- 400. **SECTEUR AUDOMAROIS**
- 401. **SECTEUR AUDOMAROIS 68 MEDECINS**
- 402. **SECTEUR CPTS AUDOMAROISE**
- 403. **SECURITE POUR LE PATIENT**
- 404. **SECRETAIRE MEDICALE**

- 405. SEMI-RURAL
- 406. SEULE
- 407. SEVRAGE TABAC
- 408. SI NE CONNAIS PAS IPA FREIN
- 409. SI PAS MAUVAIS SUIVI DES PATIENTS
- 410. SI PROBLEME AVEC UN PATIENT ALERTE
- 411. SI SOUCIS ANNEXE FAUT RETOUR VERS LE DOCTEUR
- 412. SILO
- 413. SOLUTION
- 414. SONNETTE D'ALARME
- 415. SOULAGER MEDECINS
- 416. SOULAIENT UN PEU
- 417. SOUS DEVELOPPEMENT
- 418. SOUTIEN IPA SANS CONNAITRE COMPETENCES
- 419. SOUTIEN MEDICAL
- 420. SPECIALITE PEDIATRIE
- 421. SPIROMETRIE
- 422. STATUT PROFESSIONNEL
- 423. SUCCESSION D'ERREURS
- 424. SUIVI DES PATIENTS
- 425. SUIVI DES RECOMMANDATIONS
- 426. SUIVI DIABETE
- 427. SUIVI DIETETIQUE
- 428. SUIVI EN COORDINATION
- 429. SUIVI PATIENT ALD
- 430. SUIVI PATIENT DIABETIQUE
- 431. SUIVI RAPPROCHE
- 432. SYSTEME DE SANTE
- 433. SYSTEME DE SANTE DEFAILLANT
- 434. TABAC / SUIVI DU TABAC
- 435. TEMPS DE FAIRE SON EXPERIENCE
- 436. TEMPS DEDIES

- 437. TEMPS D'ECHANGE
- 438. TEMPS MEDICAL DE PREVENTION MAL REMUNERE
- 439. TEMPS PLEIN
- 440. TRANSMISSIONS
- 441. TRAVAIL ADMINISTRATIF
- 442. TRAVAIL EN COLLABORATION
- 443. TRAVAIL EN EQUIPE
- 444. TRAVAIL MOINS
- 445. TYPE D'EXERCICE
- 446. TYPE DE PATIENTS PRIS EN SOINS PAR IPA
- 447. UN PEU COMPLIQUE
- 448. URBAIN
- 449. VA SE DEVELOPPER AU FIL DU TEMPS
- 450. VA TOUCHER QUE LES PATIENTS LES PLUS MOTIVES
- 451. VACCINATION
- 452. VALORISATION
- 453. VIA CONVERSATION SECURISEE
- 454. VIE DE FAMILLE
- 455. VISION MODERNE DE LA MEDECINE
- 456. VISITE A DOMICILE
- 457. VOLUME HORAIRE
- 458. VOLONTE POLITIQUE
- 459. ZONE ATONE

ANNEXE 8 : CODAGE AXIAL

CONNAISSANCE DE LA PA AUPRES DES MEDECINS		
CONCEPTS	LEVIERS	FREINS
Définition Rôles et missions Compétences	<u>Connaissances globales :</u> - Gestion des patients chroniques - ETP (ateliers/modules) ; rôle éducatif (temps dédié) - Prescription - Renouvellement d'ordonnances - Réévaluation des traitements - Missions ponctuelles - Fait des visites - Suivi de patients/Fait le point - Plan de soins - Coordination - Prévention - Missions de santé publique - Vaccination - Rôle médical	- Va toucher que les patients les plus motivés (MED 4) - Manque de connaissances précises sur : • Notre champ de compétences • L'organisation du travail entre un médecin et une IPA • Sur les études IPA • Nos rôles • Modèle économique/notre rémunération • Nos rôles en milieu hospitaliers • Visites • Sur la pratique avancée • La responsabilité (C'est laquelle ? MED 6) • Déprescription ?
PERCEPTION DE LA PRATIQUE AVANCEE AUPRES DES MEDECINS		
CONCEPTS	LEVIERS	FREINS
Croyances		- Concurrence - Délimitation du rôle de chacun - Chacun son travail (MED 5) - Dégradation du soin (MED 5) - Dévalorisation des médecins et de leurs compétences - Défiance MED pas convaincue au départ MED 5
EMERGENCE DE NOUVEAUX METIERS		
CONCEPTS	LEVIERS	FREINS

DELIMITATION DES CMPETENCES	COMMUNICATION PREALABLE	- Trop de nouveaux métiers créés en peu de temps ayant des missions communes et aux délimitations pas assez claires Asalée ; IPA ; IDEL ; Assistante Médicale ; secrétaire
ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU BINOME MG/IPA		
CONCEPTS	LEVIER	FREINS
Collaboration (thème central) avec une IPA	- Autonomie - Expérience - Grande satisfaction et impact positif - Améliore la prise en charge des patients chroniques - Important pour la coordination des soins - Répartition des tâches entre médecins et IPA est discuté	
Interprofessionnalité	- Convivialité au travail en MSP	- Il faut aimer collaborer - Multiplicité des nouveaux métiers aux délimitations floues ; complexe ; manque de clarté et parfois cumul de plusieurs « casquettes IPA Asalée » - Nécessité de bien définir les rôles de chacun - Défi lié à la gestion de « personnel » : demain l'IPA n'est plus là ? Mise en difficulté du médecin MED 2 - Délimitation du rôle de chacun MED/IPA
Communication	- Outils communs de travail comme logiciel messagerie silo	- Temps non rémunéré et pourtant nécessaire

Coordination	- GEP pour coordonner et échanger/Débrief (sécurité) - Collaboration avec des professionnels en formation IPA (MED 6) - Condition de retour vers le médecin traitant	- Coût de la coordination : logiciel cher ; temps de débrief non rémunéré - Accord tripartite
Confiance	- Essentielle pour une collaboration efficace Et passe par la communication - Confiance mutuelle (MED6)	- Défiance médical/ Réfractaire • Pb de confiance • Pb déléguer les tâches • Lâcher prise
Accord	- Accord tripartite	
Complémentarité	- En supplément (pas à la place de) - C'est du plus - Compléter la prise en charge	- Fini pas plus tôt car rajout
Charge de travail médicale	- Gain de temps « je ne peux pas exploser mes heures » MED 5 - Permet de voir plus de patients aigus - Allège le Dr-décharge-délègue - L'IPA aura plus de temps - Voit des choses macrophages sans forcément de compétences médicales - Prendre plus de patients - Moins de retard	- Non désir d'augmenter sa patientèle MED 4 - C'est la responsabilité de qui est engagée ?
Responsabilité		
MODELE ECONOMIQUE		
CONCEPTS	LEVIERS	FREINS
REMUNERATION	- Le médecin n'a rien à déboursier pour l'IPA	- Médecins : • Pas d'incitation financière à
COORDINATION		

Ethique médicale	- Responsabilité Sociale des médecins	- Pb de rémunération des médecins - Ils ont des devoirs envers la société
SECTEUR AUDOMAROIS		
CONCEPTS	LEVIERS	FREINS
Défis et opportunités	- IPA Palier aux départs en retraite sur le bassin Audomarois - Les médecins retournent sur leur secteur d'origine MED5 - CAPSO actif - Secteur attractif	- Peu d'IPA sur le secteur Audomarois (en soin primaire) - Beaucoup de patients sans médecins traitants - Déficit médical - Patients inégalement répartis sur les médecins - Médecins mal répartis sur le territoire
IPA : Nouvelle identité professionnelle Nouveau Métier		
CONCEPTS	LEVIERS	FREINS
Formation des IPA (défi)	- Importance de la formation continue et l'adaptation aux nouvelles pratiques à travers l'accueil des étudiants IPA MED6	- Doutes sur la formation de la part des médecins : encadrement • Organisation complexe • Coût de la formation • Pas très bien organisée • Stage à trouver • Formation qui doit tenir la route - Peu d'IPA formées pour le soin primaire - Manque d'IPA
Nouveau métier	- Volonté gouvernementale et des pouvoirs politiques - Regards différents - Meilleure prise en charge : qualité - Compétences larges	- Manque de retours preuves d'efficacité - Devenir des IPA dans 10-15 ans - Modèle économique - Parfois cumul statut (Asalée/IPA)

Impact dur le système de santé	- Valorisant pour l'infirmière/Reconnaissance - Perçue comme moyen d'améliorer la qualité des soins, prise en charge plus globale et suivi régulier des patients - Remettre des patients dans le rail du système de soins - Impact positif	- Dégradation du soins MED 5 - Morcellement du soins MED 5
Conditions de travail	- Locaux adéquats - Travailler ensemble	- Locaux adéquats - Intégration dans les cabinets médicaux (il faut des locaux adéquats ; IPA dans les mêmes locaux car si pas dans les mêmes locaux plus compliqué)

POSITION MEDICALE FACE A CETTE NOUVELLE PROFESSION

CONCEPTS	LEVIERS	FREINS
Dévaluation du médecin		- Orgueil médical : Un Bac + 10 ne peut pas être remplacé par même pas un bac + 5 MED 5
Croyances	- Respect - Pas de subordination	- Médecin septique
Soutien	- Envoi des patients vers l'IPA « le boulot il va venir de nous » MED 3 Médecin = 1^{er} maillon de la chaîne - Prêt à travailler avec des IPA - Crédibiliser l'IPA	

ANNEXE 9 : La grille COREQ permet de juger de la qualité d'un travail de recherche qualitative. Voici celle complétée des réponses en lien avec cette étude.

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	LEFEBVRE Céline.
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Infirmière étudiante en pratique avancée.
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Infirmière.
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme.
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation pratique avancée infirmière de la faculté de médecine de Lille.

Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui.
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche, sujet de recherche.	Les informations transmises lors de la demande d'entretien : sujet du mémoire, identité du chercheur et conditions générales de réalisation des entretiens.
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche.	Etudiante infirmière en pratique avancée réalisant une recherche qualitative sur le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu.	Recherche qualitative phénoménologique interprétative
--	---	---

Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige.	Echantillonnage raisonné hétérogène.
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Téléphone, courriel ou face-à-face.
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9.
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2. Absence de réponse.

Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Cabinets médicaux des médecins généralistes.
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non.
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	CF résultats.

Recueil des données

17. 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 ?	Oui.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non.
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, audio.
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel	Oui, mais non retranscrites dans l'étude.

	ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?	
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?	CF résultats.
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, suffisance des données.
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui.

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux.
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui.
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données.
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun.
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non.

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui, avec codage.
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Ne se prononce pas.
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui.
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Ne se prononce pas.

AUTEURE : Céline DUHAZARD

Soutenance le 1^{er} juillet 2025

Titre du mémoire : *Le déploiement de la pratique avancée infirmière en soins primaires sur le secteur audomarois.*

Mots-clés libres : pratique infirmière avancée ; soins primaires ; déploiement ; médecins généralistes.

Résumé : Le système de santé français tente de s'adapter aux transitions démographiques et épidémiologiques de la population ainsi qu'à la baisse de la démographie médicale. Pour cela, la loi du 21 juillet 2016 a introduit le statut d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA). Un audit de la Cour des comptes de juillet 2023 montre des bénéfices au développement de la pratique avancée infirmière, mais elle rencontre encore des obstacles importants.

Les objectifs de l'étude sont de connaître les freins et les leviers au développement de la pratique avancée sur le secteur audomarois auprès des médecins généralistes (MG). Une étude qualitative par analyse phénoménologique interprétative multicentrique a été menée auprès des MG et internes en DES de médecine générale sur le secteur audomarois. Entretiens individuels, appuyés par un guide d'entretien, jusqu'à suffisance des données. Triangulation du recueil et de l'analyse des données.

Les résultats montrent que les MG ont une connaissance insuffisante et variable de la pratique avancée. Une meilleure communication pourrait améliorer cette situation. La perception globale du dispositif IPA est positive. Elles sont considérées comme des acteurs complémentaires aux MG répondant aux enjeux du secteur mais leur déploiement reste limité. La collaboration entre MG et IPA est organisée pour éviter le chevauchement des compétences et l'ambiguïté des rôles. Les MG jouent un rôle clé dans le déploiement des IPA, soutenant leur projet professionnel et crédibilisant leur pratique auprès des patients. Cependant, le modèle économique des IPA semble précaire, posant des questions sur leur avenir à long terme auprès des MG.

En conclusion, des améliorations sont nécessaires dans les domaines économiques, de formation et de rémunération pour renforcer le déploiement des IPA. La collaboration au sein du binôme MG/IPA est essentielle, nécessitant une co-construction continue des rôles et missions, ainsi que l'utilisation d'outils de coordination communs pour faciliter les pratiques coordonnées.

Title: *The Introduction of Advanced Practice Nursing in Primary Care in the audomarois Area.*

Key words: Advanced Practitioner Nurse (APN) ; Primary Care ; Deployment; General Practitioners (GPs)

Abstract : The French healthcare system is attempting to adapt to the demographic and epidemiological transitions in the population, as well as the decline in medical demography. To this end, the law of 21 July 2016 introduced the status of Advanced Practice Nurse (IPA). An audit by the Cour des Comptes in July 2023 shows the benefits of developing advanced practice nursing, but it still faces significant obstacles.

The aim of the study is to identify the barriers and levers to the development of advanced practice among GPs in the audomarois area. A qualitative study using multi-centre interpretative phenomenological analysis was carried out with GPs and interns studying for a post-graduate diploma in general medicine in the audomarois area. Individual interviews, supported by an interview guide, until sufficient data had been collected. Triangulation of data collection and analysis. The results show that GPs have insufficient and variable knowledge of advanced practice. Better communication could improve this situation. The overall perception of the IPA system is positive. They are seen as complementary players to GPs, responding to the challenges facing the sector, but their deployment remains limited. Collaboration between GPs and IPAs is organised to avoid overlapping skills and ambiguous roles. GPs play a key role in the deployment of RPNs, supporting their professional project and lending credibility to their practice with patients. However, the economic model for RPNs seems precarious, raising questions about their long-term future with GPs. In conclusion, improvements are needed in the areas of economics, training and remuneration to strengthen the deployment of RPNs. Collaboration between GPs and RPNs is essential, requiring ongoing co-construction of roles and missions, as well as the use of common coordination tools to facilitate coordinated practices.

Directeur de mémoire : Le Professeur Marc BAYEN