UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

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

MENTION : Pathologies Chroniques Stabilisées, Prévention et Polypathologies Courantes en Soins Primaires

ANALYSE DES REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES QUANT AU RÔLE DE L'IPA EN SOINS PRIMAIRES

Présenté et soutenu publiquement le mardi 1er juillet 2025, à Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg) à 8h

Par Claire Villé - Giraud

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

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est l'aboutissement de 2 années de formation riches en rencontres, en apprentissages, en évolution … Deux années aussi magnifiques que difficiles mais que je suis fière d'avoir menées à leur terme avec le soutien sans faille de certaines personnes que je souhaite sincèrement remercier.

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à mon directeur de mémoire Monsieur le Professeur Marc Bayen, qui a accepté de me partager son expertise et ses connaissances. Je le remercie pour ses précieux conseils, son encadrement et son aide tout au long de ce travail de recherche.
Merci également à Céline pour les moments d'échanges, le soutien, et le travail fourni pour le codage et la triangulation de nos résultats respectifs.
Je remercie Monsieur le Professeur Penel et Monsieur Paul Quindroit pour avoir accepté de faire partie du jury de mon mémoire.

Mes remerciements vont également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'université de Lille pour leurs enseignements de qualité et les connaissances qu'ils m'ont transmises durant mes deux années d'études.
Un grand merci à Anne et à « l'équipe de choc » sans qui cette formation n'aurait pas été la même, merci pour l'entraide et le soutien de chaque instant.

Je remercie les médecins généralistes qui ont accepté d'être interviewés dans le cadre de mon étude. Nos échanges ont enrichi mon travail de recherche et ma posture de future IPA.

Merci Ryad, pour ta patience, ta disponibilité et tes conseils depuis le tout début de cette aventure.

Je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribuées à la réalisation de ce mémoire et à ma formation pendant ces deux ans. Que ce soit par des conseils, des apprentissages pratiques ou théoriques, des discussions enrichissantes ou simplement par leur présence, leur contribution a été précieuse.

Je profite de ce mémoire pour remercier spécialement Marie Hélène qui a été une tutrice formidable durant mon stage de 2e année, qui m'a accueillie, formée et partagée son expérience dans la bienveillance.

Merci Nathalie, la « meilleure » des collègues, devenue une précieuse amie, qui m'a toujours encouragée dans cette aventure.

Et enfin, ceux sans qui tout cela n'aurait pas été possible… Un immense merci à mon époux Christophe, pilier de ma réussite, soutien de tous les instants, ainsi qu'à mes enfants Raphaël et Victoire, pour votre patience, votre soutien et vos encouragements pendant ces deux années. Merci de m'avoir accompagnée dans ce challenge que je me suis lancée à mes 40 ans et d'avoir cru en moi.

« Seul on va plus vite,
ensemble on va plus loin »

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS
SOMMAIRE
GLOSSAIRE

AVANT-PROPOS _____ *1*

INTRODUCTION _____ *3*

MÉTHODE _____ *14*

RÉSULTATS ET ANALYSE _____ *18*

DISCUSSION _____ *33*

CONCLUSION _____ *41*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
LISTE DES FIGURES
TABLE DES MATIÈRES
ANNEXES
RÉSUMÉ

GLOSSAIRE

CII = Conseil International des Infirmiers

CPTS = Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ESP = Équipe de Soins Primaires

ICS = Infirmière Clinicienne Spécialisée
CNS = Clinical Nurse Specialist

IEPA = Infirmière Étudiante en Pratique Avancée

IP = Infirmière Praticienne
NP = Nurse Practitioner

IPA = Infirmier en Pratique Avancée
APN = Advanced Practice Nurse

MG = Médecin Généraliste
GP = General Practitioner

MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONI = Ordre National des Infirmiers

SP = Soins Primaires

AVANT-PROPOS

Je suis infirmière libérale depuis 2008, je n'ai rencontré aucune difficulté lors de mon installation en cabinet de ville. Les médecins prescrivent fréquemment des soins infirmiers et les patients ont la possibilité de choisir librement leur infirmier (1).
Après plus de 15 ans d'exercice, j'ai souhaité continuer à me former pour progresser dans ma profession et enrichir mes compétences cliniques. C'est ainsi que j'ai naturellement décidé de me tourner vers le diplôme d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA).

Notre système de santé est en pleine mutation et les enjeux sont significatifs : « l'accès aux soins, la prévention, la qualité des soins, la régulation des dépenses de l'assurance maladie, mais aussi l'articulation ville-hôpital-médico-social, la transformation de l'hôpital et la modernisation de la médecine de ville » (2). La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, suivie du décret du 18 juillet 2018, a introduit l'exercice en pratique avancée pour les auxiliaires médicaux.
À ce jour, 270 IPA exercent en libéral sur le territoire national, seulement 22 dans les Hauts-de-France, dont 8 dans le département du Pas-de-Calais (3).

Lors de ma première année de master, j'ai effectué mon stage au centre hospitalier de Lens. J'ai pu observer l'implantation des IPA dans divers services hospitaliers, tels que la diabétologie, la gériatrie et la neurologie. J'ai constaté que la collaboration entre médecins et IPA se déroulait de manière fluide et que ces derniers trouvaient facilement leur place au sein du service et de l'équipe pluridisciplinaire.
Lors de mes discussions avec les médecins hospitaliers, j'ai noté que leur perception de l'IPA est globalement positive et qu'ils le perçoivent comme intégré dans le parcours de soins des patients. La plupart des médecins que j'ai rencontrés et qui collaborent avec des IPA ont d'ailleurs été à l'origine du projet IPA au sein de leur service.

Cependant, l'IPA en ville rencontre encore des difficultés pour s'implanter. Bien que plusieurs obstacles aient été partiellement levés ces dernières années, notamment sur le plan financier grâce à l'accord conventionnel signé entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les représentants des infirmiers (incluant la valorisation de l'acte PAI, une aide financière à l'installation, et une aide financière durant les études), la situation demeure complexe (4).

Depuis le 28 novembre 2024, l'assurance maladie a introduit une mesure visant à valoriser l'activité spécifique de l'IPA en prévoyant une rémunération pour les médecins généralistes et spécialistes qui orientent leurs patients vers un IPA libéral (5).

Les médecins collaborant avec des IPA expriment d'ailleurs souvent leur satisfaction quant à cette collaboration. Les patients sont également généralement élogieux et témoignent de leur confiance envers la prise en charge par l'IPA. Toutefois, de nombreux médecins généralistes demeurent réticents à la collaboration avec un IPA, certains allant même jusqu'à affirmer qu'ils n'en ont pas besoin. L'IPA est trop souvent perçu uniquement comme une solution à la pénurie de médecins, en particulier pour le renouvellement d'ordonnance. Or, le rôle de l'IPA ne se limite pas à cela et va bien au-delà de la simple délivrance de traitements pour les patients atteints de maladies chroniques.
En insistant trop sur le manque de médecins en France et en présentant l'IPA comme une réponse au problème des déserts médicaux, ne risque-t-on pas d'altérer la perception du rôle de l'IPA ?

Ma question de recherche était la suivante : comment améliorer l'implantation de l'IPA dans les soins primaires ?

Dans une première partie, je développerai le cadre conceptuel et théorique de cette recherche à savoir la profession d'infirmier en pratique avancée, la démographie médicale, les pathologies chroniques, le territoire de l'étude et les représentations.

Dans un second temps, je vous présenterai la méthode de ce travail de recherche, à savoir une étude qualitative par analyse thématique, dont l'objectif était de :

- Préciser la représentation du médecin généraliste (MG) quant au rôle de l'IPA en soins primaires (SP).
- Contraster ces représentations et les compétences de l'IPA.

La troisième partie présentera les résultats obtenus à l'issue d'entretiens semi-dirigés et leur analyse.

Enfin, une critique de cette recherche sera proposée et des perspectives d'amélioration de la situation seront envisagées.

INTRODUCTION

L'infirmier en Pratique Avancée (IPA)

Historique

La pratique avancée est une notion souvent perçue comme récente en France, mais qui est en réalité en développement dans de nombreux pays depuis plusieurs années. Il semble que la France accuse un léger retard dans l'adoption de cette pratique.

Cette approche a vu le jour dans les années 1950 aux États-Unis en réponse aux besoins de santé de plus en plus complexes de la population. C'est Hildegarde Peplau, théoricienne des soins infirmiers, qui a introduit le terme de pratique avancée en 1954, la définissant comme « une expertise prenant en compte les avancées et les pratiques nouvellement développées dans l'exercice des soins infirmiers ». Cela a conduit au déploiement des premiers infirmiers cliniciens spécialisés (ICS) dans le domaine de la psychiatrie. En 1965, Loretta Ford a développé la formation des infirmiers praticiens (IP) dans le domaine des soins de premiers recours et la promotion de la santé.
Le Canada a quant à lui introduit la pratique avancée en 1960 avec ses premiers IP pour répondre au déficit de médecins, notamment en zone rurale, et aux besoins spécifiques des communautés locales.
L'Australie et la Nouvelle Zélande, ont mis en place la pratique avancée pour répondre aux besoins particuliers de populations éloignées.
Plus près de chez nous, en Europe, les premiers IPA sont nés au Royaume-Uni dans les années 80, en mettant l'accent sur la nécessaire interdisciplinarité et en valorisant la collaboration des médecins et des IPA installés en maison de santé pluridisciplinaire (MSP).
Dans les pays nordiques, notamment aux Pays Bas en 1997, l'IP a été déployé pour améliorer l'accès aux soins primaires et répondre à la pénurie de médecins. À l'heure actuelle, ils ne sont plus considérés comme tels et ont une activité centrée sur l'accompagnement holistique du patient dans la gestion de sa maladie.

En France, le « rapport Berlan » ainsi que les expérimentations de la Fédération française hospitalière ont permis l'émergence de la pratique avancée, officialisée par la loi de

modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée publié le 18 juillet 2018.

Définition de l'IPA

Selon le Code de la santé publique, « l'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (…). » (6)

Selon le Conseil International des Infirmiers (CII), « l'infirmier(ère) diplômé(e) qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer ». (7)

Selon l'Ordre National des Infirmiers (ONI), « L'infirmière en pratique avancée est une infirmière experte, titulaire d'un diplôme de grade master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires pour prendre des décisions complexes en toute autonomie dans son domaine de compétence, avec la responsabilité de ces actes. L'infirmière en pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant d'orienter les patients vers les traitements adaptés. Elle développe son expertise en s'appuyant sur la recherche et les données probantes. » (8)

Cette nouvelle profession en France repose sur les concepts infirmiers fondamentaux que sont la personne, la santé, l'environnement et le soin, dans un objectif :

- améliorer la qualité des soins ;
- améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques ;
- l'accès aux soins ;
- la réduction des coûts liés aux dépenses de santé.

Elle ne constitue pas uniquement une solution pour remédier au manque de médecins.

Ann Hamric, infirmière clinicienne et universitaire, développe dans ses travaux le modèle de la pratique infirmière avancée, dans lequel 6 compétences clés sont mises en évidence.

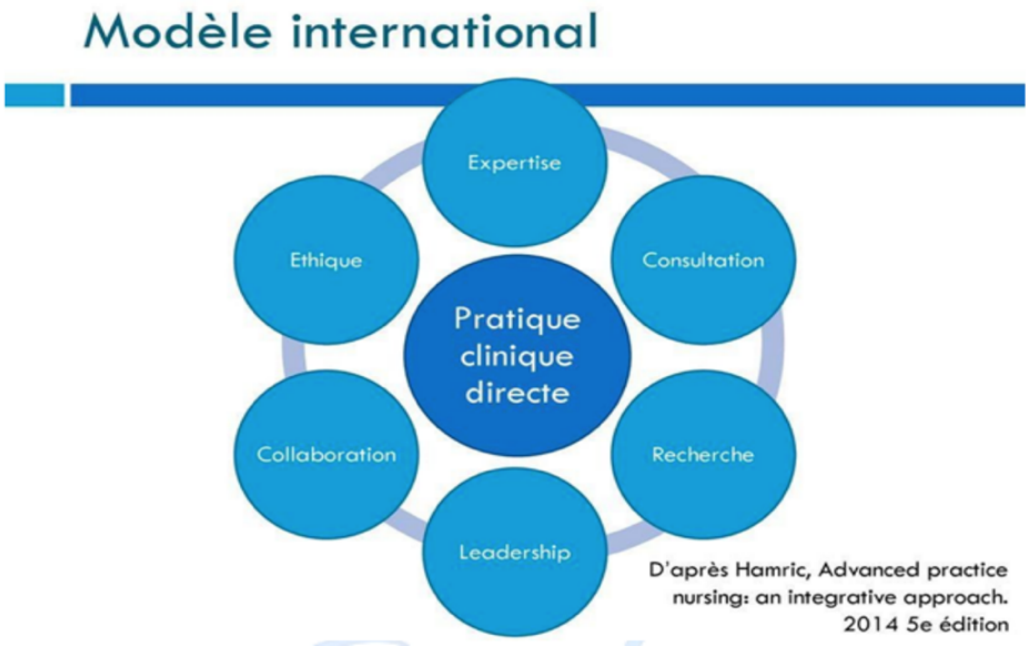


Figure 1

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a commencé à promouvoir les rôles de l'IPA, précisant ses compétences qui incluent, en plus de l'activité clinique, la recherche, l'enseignement et le leadership.
Ces dernières années, les rapports publiés montrent que l'intégration des IPA dans les systèmes de santé améliore la satisfaction des patients, réduit les délais d'accès aux soins et diminue les coûts liés aux consultations médicales tout en améliorant les indicateurs de santé publique.

Que ce soit en France ou dans le reste du monde, la pratique avancée permet de répondre à une demande croissante due au vieillissement de la population, à la prévalence des pathologies chroniques et à la baisse de la démographie médicale.

Compétences de l'IPA

Selon l'arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de 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, les compétences de l'IPA sont les suivantes :

- évaluer l'état de santé de patients dans le cadre de motifs de recours ou en relais de consultation médicale pour des pathologies identifiées ;
- définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé ;
- concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ;
- organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés ;
- mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique ;
- rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Pathologies chroniques stabilisées

La mention communément appelée « pathologies chroniques » reflète en réalité la complexité de la prise en charge de la population vieillissante. PCS-PPCSP = Pathologies Chroniques Stabilisées - Prévention et Polypathologies Courantes en Soins Primaires.

L'arrêté du 18 juillet 2018 fixe la liste des pathologies chroniques stabilisées pouvant être prises en charge par l'IPA : accident vasculaire cérébral, artériopathie chronique, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et diabète de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.

L'évolution des besoins de santé en soins primaires

Vieillissement de la population

En France, en 2023, l'espérance de vie à la naissance continue de croître et une personne sur 5 a plus de 65 ans (9).
« Au 1er janvier 2024, en France, 21,5 % de la population française a 65 ans ou plus. Cette proportion augmente depuis plus de trente ans et le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-

boom, Athari *et al.*, 2019. Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent désormais une personne sur dix en France (10,4 %) et leur part est en forte augmentation (9,0 % en 2013) ».

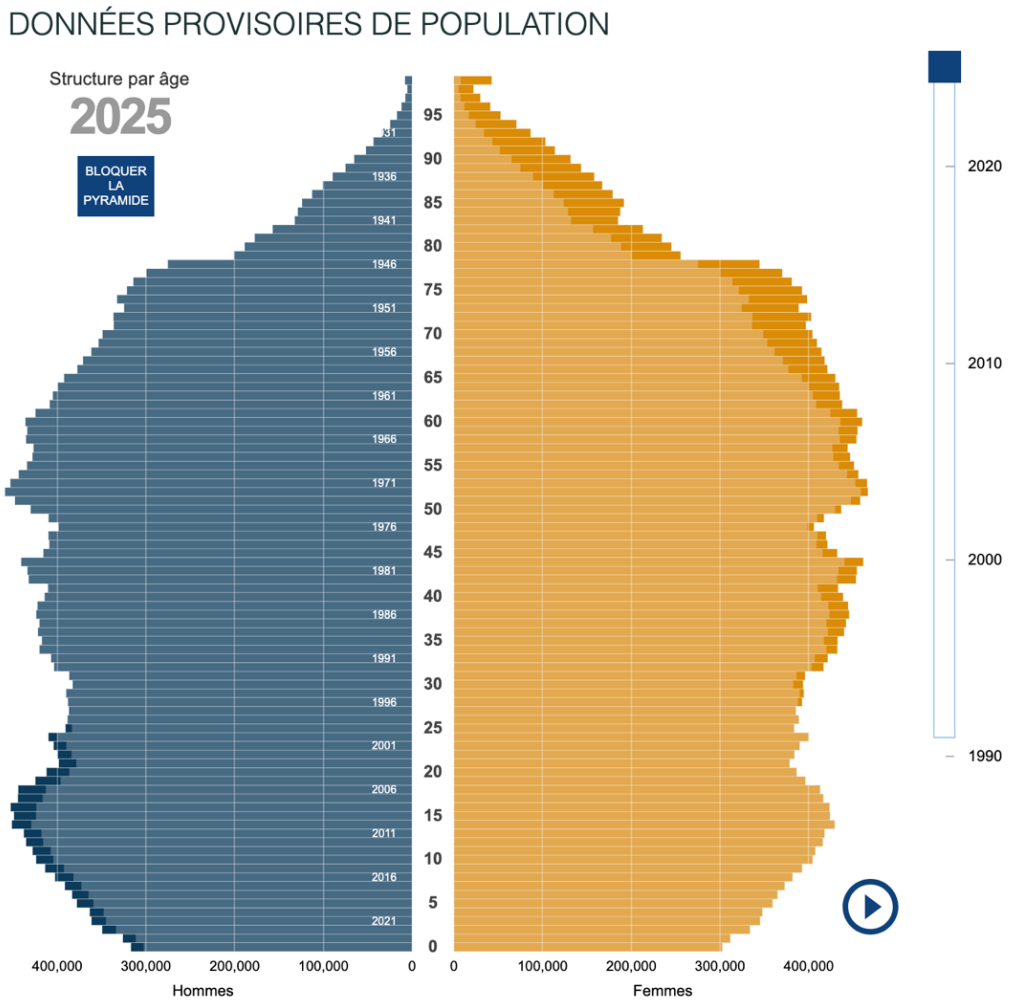


Figure 2

Le vieillissement de la population française a un impact réel sur notre système de santé, et il est évident que le nombre de personne âgées de plus de 65 ans va continuer d'augmenter dans les prochaines années, entrainant une nécessaire adaptation.

Le vieillissement de la population s'accompagne en effet d'une hausse des pathologies chroniques.

Pathologies chroniques

En 1946, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne se limitant pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Selon l'organisation, les maladies chroniques sont « des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement ».
« En 2021, les problèmes de santé chroniques ou durables concernent 37,5 % des personnes âgées de 16 ans ou plus, mais 52,8 % à partir de 50 ans, et 70,8 % à partir de 80 ans » (10).
L'augmentation de la population atteinte de pathologies chroniques impose de revoir la prise en charge à travers la notion de parcours de soins.

Avec l'augmentation de la population touchée par des pathologies chroniques et le vieillissement de la population, il convient d'évoquer la polypathologie, définie par Fortin comme « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période » (11). Le défi à relever est celui d'une approche pluridisciplinaire, qui passe par l'amélioration de la coordination entre les différents acteurs du soin, afin de fluidifier les parcours de soins du patient.

→ Il faut également prendre en compte des déterminants de santé :
Les pathologies chroniques nécessitent une prise en charge à long terme et des soins continus. Si les pathologies chroniques peuvent être dues au vieillissement de la population ou à la génétique, des facteurs de risque non modifiables, elles sont aussi souvent mises en corrélation avec le mode de vie et l'environnement, des facteurs sur lesquels nous pouvons encore agir.

→ Introduction du concept de qualité de vie :
« Conçue de façon variable selon l'individu ou le groupe social visé. Elle se traduit momentanément pour un organisme par un état de bien-être essentiellement subjectif que nul autre que l'organisme concerné, qu'il s'agisse d'un individu ou d'une communauté, ne peut définir à sa place. Lorsque l'état considéré est mental, on parle de bonheur. » (12)
Si l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une hausse des pathologies chroniques, cela entraine un risque accru de complications, une augmentation des dépenses de santé et un fort impact sur la qualité de vie.

→ Concept de prise en soin holistique :
La prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques doit être holistique, dans une approche visant à considérer la personne dans sa globalité en prenant en compte les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles.

Cette approche est nécessaire pour les pathologies complexes et/ou chroniques qui requièrent une collaboration interdisciplinaire.
La prise en charge d'une pathologie chronique est un processus long et évolutif, qui nécessite une attention continue pour adapter les soins aux besoins du patient, besoins changeant au rythme de l'évolution de la maladie et des événements de vie de la personne.
L'augmentation du nombre de pathologies chroniques et le vieillissement de la population ont conduit à l'introduction de la pratique avancée en France. Les soins de patients vieillissants et polypathologiques nécessitent un suivi de longue durée, une coordination accrue et une gestion de parcours complexe.

Démographie médicale

En France, au 1er janvier 2025, on compte 201 239 médecins en activité régulière, la densité médicale est de 298,5 médecins pour 100 000 habitants.
En 2022, 65 % des médecins déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient 53 % en 2019 (13).

Le nombre de médecins est en augmentation, mais la population vieillit et ses besoins évoluent. Le nombre de médecins généralistes libéraux diminue, d'où la nécessaire réorganisation des soins primaires.

Le territoire de la CPTS

La CPTS Liévin Pays d'Artois

Une CPTS est une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Elle regroupe des professionnels de santé d'un même territoire autour d'un projet commun avec une approche populationnelle.
La CPTS Liévin Pays d'Artois regroupe 11 communes situées autour de Liévin.

Territoire de la CPTS de Liévin Pays d'Artois

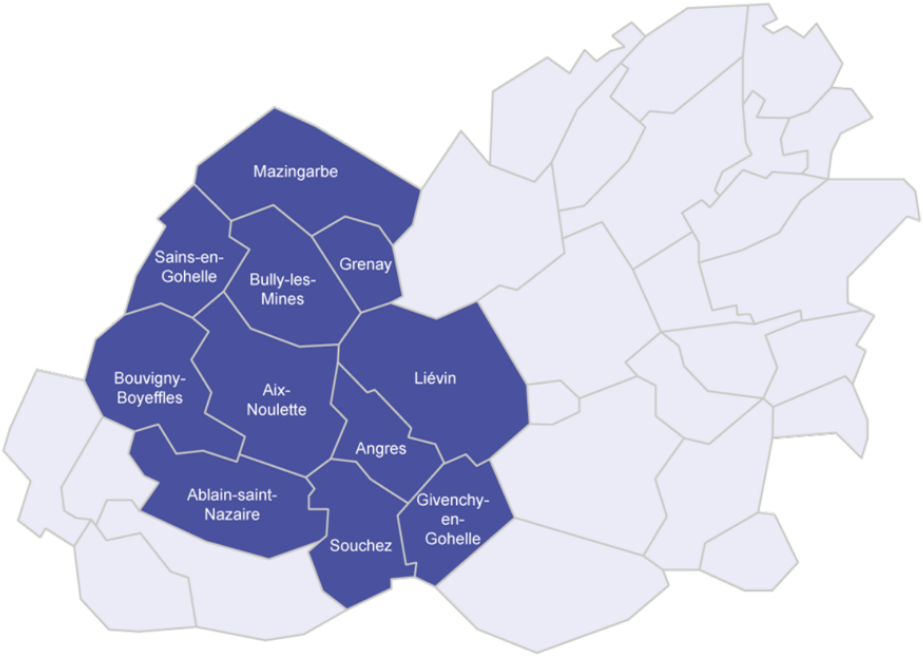


Figure 3

Grâce à l'outil disponible sur le site observatoiredesterritoires.gouv.fr, nous avons pu obtenir les chiffres suivants :

Population au dernier recensement

Chiffres-clés 2021

11 communes (2024) : **80 886 habitants**	France : **67 408 052 habitants**

Brouillon

Population au dernier recensement
Comparaison - Indice base 100

Indicateurs	11 communes (2024)	France
1968	86 974	50 798 112
1975	81 211	53 764 064
1982	79 862	55 569 542
1990	82 367	58 040 659
1999	82 235	60 149 901
2010	81 554	64 612 939
2015	81 892	66 190 280
2021	80 886	67 408 052

Source : Insee, RP 1968-2021

Figure 4

En ce qui concerne la démographie médicale, grâce à l'outil disponible sur le site de l'ARS cartosante.fr, nous avons pu obtenir les chiffres suivants :

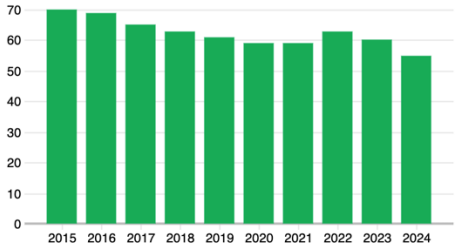
Nombre total de généralistes et leur répartition par tranche d'âge au 31/12

	Nombre		%	
	11 communes	France	11 communes	France
Moins de 40 ans	18	14 983	32,7	27,1
40 à 49 ans	4	10 755	7,3	19,5
50 à 54 ans	3	5 099	5,5	9,2
55 à 59 ans	10	7 187	18,2	13,0
60 ans et plus	20	17 185	36,4	31,1
Total	55	55 253	100,0	100,0

2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 **2024**

Source : FNPS - 2024

Évolution brute du nombre de généralistes au 31/12
11 communes



Total

Source : FNPS

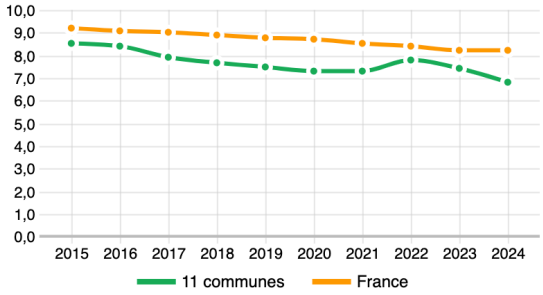
Densité de généralistes au 31/12
pour 10 000 hab.

Indicateurs	11 communes	France
Densité de généralistes lib. (pour 10 000 hab.)	6,8 ▼	8,2

2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 **2024**

Source : FNPS - INSEE - 2024

Évolution de la densité de généralistes au 31/12 pour 10 000 hab.



Source : FNPS - INSEE

Figure 5

L'exercice de l'IPA en soins primaires

L'exercice libéral de la profession d'IPA peut se faire de deux manières : en exercice « isolé » ou en maison de santé pluriprofessionnelles (MSP).

L'exercice isolé nécessite la signature d'un protocole d'organisation entre le médecin généraliste et l'IPA.

Le défi auquel l'IPA est confronté dans le domaine des soins primaires est de construire une identité professionnelle dans une société où la médecine de ville a longtemps été centrée sur l'expertise du MG.

Cependant, la baisse de la démographie médicale, associée au vieillissement de la population et à l'augmentation de la complexité des prises en soins (polypathologie), confèrent à l'IPA une place à défendre au sein du système de soins primaires (14) :

- évaluation globale de l'état de santé d'un patient ;
- définition et mise en œuvre du projet de soin du patient ;
- conception et mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique ;
- organisation de parcours de soins et de santé en collaboration avec l'ensemble des acteurs du système de santé ;
- recherche et production de données scientifiques en soins primaires.

Les représentations

Définition

La représentation est « l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe » (15).
Au sens littéral du terme, le mot « représentation » signifie « action de mettre sous les yeux » (étymologie latine).
Le concept de représentation abordé ici fait référence à la manière dont une idée, un groupe social ou un phénomène est perçu, compris et interprété par un individu ou un groupe d'individus.
Les représentations jouent un rôle clé dans la manière dont les individus et les groupes interagissent.

Une représentation sociale est appréhendée comme « un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes relatives à un objet donné » (16).
Cependant, loin d'être exclusivement cognitive, la représentation est également « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la constitution d'une réalité commune à un ensemble social » (17).

En 1898, Émile Durkheim introduit la notion de représentations collectives et la définit comme étant « l'ensemble de croyances et valeurs responsables de la construction des pratiques et du comportement des individus, permettant ainsi de forger une sorte de conscience collective qui leur permettra de vivre ensemble ». Selon lui, les représentions individuelles sont régies par les représentations collectives.
Les représentations sont des constructions intellectuelles qui donnent du sens au monde dans lequel vivent les individus et influencent leurs pratiques. Modifier nos pratiques implique donc de s'interroger sur nos représentations.

→ Une étude, dirigée par le département universitaire de médecine générale de l'université Sorbonne Paris Nord, intitulée « Freins et leviers à l'implantation des infirmières de pratique avancée en soins primaires : revue de littérature systématique », conclut que « l'établissement de relations de collaboration avec d'autres professionnels de la santé et la négociation du rôle sont essentiels au succès de la mise en œuvre du rôle d'IPA dans les pays à implantation récente, dont la France. »

Comment améliorer l'implantation de l'IPA en ville ?

Hypothèse : la représentation que se font les médecins généralistes du rôle de l'IPA nuirait à son implantation en ville.

Objectif principal : étudier la représentation que se font les MG du rôle de l'IPA en soins primaires.
Objectif secondaire : contraster les représentations des MG avec les compétences de l'IPA en soins primaires, définies dans les textes de lois.

MÉTHODE

La méthode qualitative retenue pour ce travail de recherche permet d'explorer cette question. En effet, « elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux » (18).

Type d'étude

Afin d'étudier la représentation des médecins généralistes (MG) quant au rôle de l'infirmier en pratique avancée (IPA), nous avons choisi d'effectuer une étude qualitative par analyse thématique inductive des données récoltées à visée compréhensive. Ces données ont été recueillies au moyen d'entretiens individuels semi-directifs en présentiel auprès de médecins généralistes.
L'objectif principal était d'analyser le discours des MG pour faire émerger leurs représentations du rôle de l'IPA.
Nous avons cherché à faire émerger des thèmes sans chercher à vérifier une hypothèse préétablie. Notre objectif était de comprendre et d'organiser les perceptions exprimées, en lien avec le contexte d'émergence de cette nouvelle profession.

Le chercheur est une infirmière étudiante en pratique avancée, qui a auparavant exercé en tant qu'infirmière libérale dans le territoire concerné de l'étude.
L'analyse a été centrée sur le contenu des entretiens, dans une posture réflexive, en tenant compte de l'impact possible de la posture du chercheur (posture hybride : à la fois chercheur et future IPA) sur la production de données.

L'entretien semi-directif s'est basé sur un guide d'entretien composé de questions ouvertes, laissant libre place à l'expression et la spontanéité des participants.
Le chercheur a pu adapter ses questions en fonction des réponses obtenues précédemment, permettant un échange plus naturel et personnalisé.

L'étude portant sur la représentation des médecins généralistes a inclus des participants selon les critères suivants :

L'étude portant sur la représentation des médecins généralistes a inclus des généralistes hommes et femmes répondant aux critères suivants :

- être médecin généraliste (homme ou femme) ;
- être installé ou remplaçant ;
- exercer sur le territoire de la CPTS de Liévin Pays d'Artois au moment de l'étude ;
- ayant déjà collaboré, ou non, avec un IPA.

Aucun critère d'âge ou d'expérience professionnelle n'a été retenu.

Les critères de non-inclusion étaient l'absence de consentement et la collaboration entre médecins généralistes (MG) et infirmiers praticiens (IPA) au moment de l'étude.

Méthode de recrutement : les médecins généralistes (MG) ont été contactés par téléphone, grâce à l'annuaire des professionnels de la CPTS, durant le mois de février 2025, pour recueillir leur consentement à participer à l'étude.

Les médecins généralistes (MG) ont été contactés par téléphone durant le mois de février 2025 grâce à l'annuaire des professionnels de la CPTS, pour recueillir leur consentement à participer à l'étude.
Le choix d'un contact téléphonique s'est vite révélé difficile en raison de la joignabilité de certains (absence de secrétariat ou secrétariat faisant obstacle). Certains d'entre eux ont dû être contacté par mail à la demande de leur secrétariat sans que leur réponse soit clairement positive ou négative.

L'objectif de l'étude, la méthode et les conditions de l'entretien (présentés dans l'annexe 1) ont été présentés aux médecins généralistes. Un rendez-vous a été pris pour l'entretien, qui s'est déroulé au cabinet du médecin à chaque fois, à sa demande.

L'entretien

Sur la période allant de février à avril 2025, après avoir obtenu le consentement éclairé du participant, un entretien semi directif a été réalisé en face à face, en suivant un guide d'entretien composée de dix questions ouvertes (incluant des questions de relance si nécessaire selon la qualité de l'entretien). (Voir annexe 2)

Le lieu de l'entretien a été déterminé avec le participant, en veillant à garantir des conditions optimales pour la discussion.
L'entretien a été enregistré et la retranscription a été anonymisée, sur un document Word. Tout élément permettant d'identifier un participant (nom, commune, etc.) a été remplacé par (…).
Les verbatims ont été anonymisés à l'aide de codes participants. Les verbatims sont classés par ordre de réalisation des entretiens (MG1, MG2, etc.) et comportent des annotations relatives aux éléments non verbaux.
L'accès aux verbatims est disponible via un QR code disponible en annexe (voir annexe 3). Les fichiers audio ont été détruits après la retranscription des verbatims.

L'analyse des données

Une analyse thématique inductive des verbatims a été réalisée selon la méthode dite de « la table longue », afin de décrire les représentations des médecins généralistes quant au rôle de l'IPA. Cette méthode, développée par Clarke et Braun, a permis de générer des idées en découpant et codant les verbatims des participants (codage ouvert, codage axial, codage sélectif) ce qui a permis un regroupement par thèmes.

Phase 1 : familiarisation avec les données par la retranscription et la lecture répétée des verbatims.
Phase 2 : double encodage en collaboration avec une collègue, étudiante chercheuse IPA. Des réunions de débriefing en visioconférence ont été organisées entre les 2 chercheuses afin de comparer, échanger et discuter.
Phase 3 : émergence des thèmes.
Phase 4 : triangulation et revue des thèmes en équipe avec la collègue étudiante chercheuse.
Phase 5 : définition des thèmes.

Phase 6 : analyse.

Le nombre d'entretiens n'avait pas été prédéfini. Le seuil de suffisance théorique des données a été déclaré atteint lorsqu'aucun nouveau thème n'a émergé des 6e et 7e entretiens, et a été confirmé par le 8e entretien.

Dans le cadre de cette recherche, il est apparu que le manque de connaissances des médecins généralistes concernant la profession d'infirmier(e) en pratique avancée (IPA) influençait fortement la dynamique des entretiens. Les participants ont saisi cette occasion pour exprimer leurs interrogations sur cette fonction récente et relativement méconnue. En tant que future IPA, le chercheur a été sollicité à de nombreuses reprises pour apporter des précisions sur cette profession. Ce positionnement a été pris en compte dans l'analyse des données.

Une grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies) a servi de support pour rendre compte des différents aspects de la réalisation de l'étude et garantir la rigueur méthodologique (voir annexe 4).

Éthique et consentement

Cette recherche ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé, car elle n'a nécessité ni l'accord d'un comité d'éthique ni de déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), étant centrée sur la collecte des représentations et expériences des soignants.

Une déclaration a été faite auprès du délégué à la protection des données de l'université de Lille et l'autorisation de débuter l'étude a été obtenue le 30 janvier 2025 (voir annexes 5 et 6).
Les participants en ont été informés par une lettre remise avant l'entretien.

Chaque participant a consenti à être enregistré et a été informé que la retranscription des verbatims serait anonyme (voir annexe 7).

RÉSULTATS ET ANALYSE

Huit entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes (MG) exerçant sur le territoire de la CPTS, jusqu'à suffisance des données. Ils se sont tous déroulés en présentiels, entre le mois de février et le mois d'avril 2025.

Caractéristiques des participants

Sur les 25 MG contactés par téléphone (ligne directe ou secrétariat) ou par mail :

- 8 ont accepté de participer à l'étude ;
- 5 ont refusé de participer à l'étude : 1 étant en arrêt de travail, 1 par manque de temps, et 3 sans donner de motif (retour de la secrétaire) ;
- 12 n'ont pas répondu.

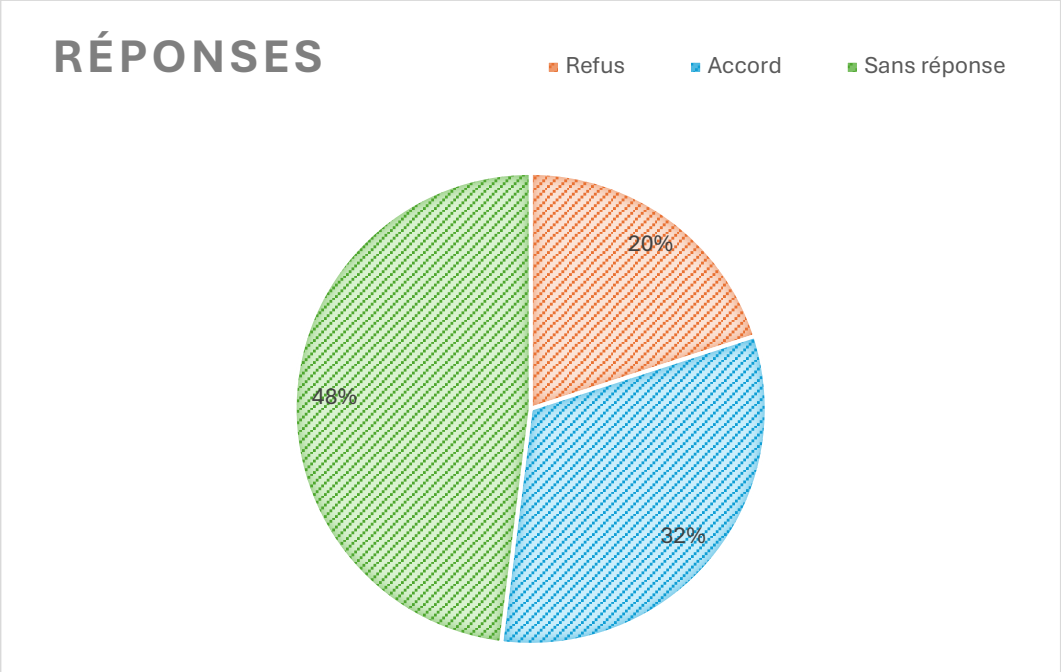


Figure 6

Code participant	Genre	Type d'exercice	Expérience professionnelle en Soins Primaires	Durée de l'entretien
MG1	F	Remplaçante	Moins d'un an	15 minutes 52
MG2	M	MSP	4 ans et demi	15 minutes 32
MG3	F	Cabinet 2MG	Un an	9 minutes 06
MG4	M	Exercice isolé	30 ans	15 minutes 41
MG5	M	MSP	Un an et demi	17 minutes 59
MG6	F	Cabinet 2MG	27 ans	19 minutes 43
MG7	F	Exercice isolé	35 ans	20 minutes 31
MG8	F	MSP	Moins d'un an	8 minutes 56

L'échantillon était composé de cinq femmes et trois hommes. On peut dire que cinq d'entre eux sont de jeunes médecins (moins de 5 années d'expérience) et trois d'entre eux sont plus expérimentés (plus de 25 années d'expérience). Trois travaillent en exercice coordonné (MSP), deux en cabinet isolé, deux en cabinet en association avec un autre MG et un est remplaçant, exerçant dans ces différents types de structures.

Résultats et analyse des représentations des MG

Codes et thèmes émergeants des verbatims

CODES	THÈMES
Caractéristiques des participants - Expérience plus ou moins récente - Mode d'exercice isolé ou coordonné	
- Manque de connaissances - Mauvaises informations - Vision limitée du rôle - Manque de communication - Manque d'information - Mauvaise communication - Colère à l'encontre du gouvernement - Concurrence / redondance - IPA hospitalier plus connu - Jeunesse de la profession	Connaissance et communication autour du rôle IPA
- Importance du lien MG – patient - Temps de consultation IPA plus long - Nécessité d'une bonne coordination - Regards croisés	Transdisciplinarité
- Conflit générationnel - Changement du mode d'exercice	Changement de paradigme

Les grandes thématiques qui émergent de ces entretiens sont :

- l'insuffisance de connaissances du rôle de l'IPA en soins primaires ;
- l'importance de la coordination ;
- le changement de paradigme.

L'insuffisance de connaissances et de communication autour du rôle IPA en soins primaires

Il existe une certaine disparité du niveau de connaissances des MG quant au rôle de l'IPA entrainant parfois une vision limitée du rôle que l'IPA peut tenir en soins primaires.

Des connaissances variables

Les connaissances sont variables d'un MG à l'autre et souvent insuffisantes, à la question 2 : Que savez-vous de la profession IPA ? les MG répondent :

- MG1 *« surement pas assez de choses »*
- MG2 *« je vais peut-être dire une bêtise, mais pour moi c'est »*
- MG3 *« j'ai pas énormément de connaissances sur le sujet »*
- MG6 *« pour l'instant pas encore beaucoup de choses »*
- MG8 *« je ne connais pas trop, mais dans mon idée »*

Le manque de connaissances de certains MG se présente comme un éventuel obstacle à une collaboration, à la question 6 « Envisagez-vous une collaboration avec un IPA ? » deux d'entre eux répondent :

- MG3 *« Ben, pourquoi pas ? En fait, vu que je connais pas encore tout à fait les tenants et aboutissants, ça demande à être précisé, je ne suis pas fermée à l'idée… »*
- MG5 *« pourquoi pas (…) j'aurais pas d'exigences particulières (…) déjà savoir ce qu'elle peut faire »*

Une vision limitée du rôle IPA

La notion de prescription et de renouvellement de prescription est la première et parfois seule compétence attribuée aux IPA lors de ces entretiens.

- MG2 *« infirmier (…) qui a refait deux ans de formation pour avoir une certification dans la prescription de médicaments »*
- MG2 *« ajouter des … un … un éventail de prescriptions à ses connaissances »*

- MG5 *« je sais qu'elles peuvent renouveler »*
- MG7 *« elle est autorisée à faire des renouvellements d'ordonnances »*

La plupart des MG interrogés citent le rôle de prescription en premier lieu, mais certains d'entre eux s'attardent favorablement sur l'importance et l'intérêt de l'IPA dans le rôle de prévention et d'éducation thérapeutique.

- MG1 *« je pense que les IPA sont beaucoup mieux formés que nous sur l'éducation thérapeutique »*
- MG5 *« je pense que c'est une bonne chose (...) on est quand même nul en prévention en France »*

<u>La notion de responsabilité … plutôt floue</u>

Une certaine confusion régnant autour de la responsabilité entraîne des préoccupations de la part des MG.

- MG1 *« c'est assez flou (...) c'est un sujet qui fait débat » « à qui revient la responsabilité ? »*
- MG4 *« je ne sais pas »*
- MG5 *« C'est un peu flou » « non, je vous avoue… je suppose que vous êtes responsable de votre prescription »*
- *MG8 « non je ne sais pas si … je suppose »*

<u>Un manque de communication</u>

La plupart des MG interrogés mettent en avant un manque de communication sur le sujet, que ce soit pendant leurs études pour les plus jeunes d'entre eux ou ensuite lors de leur pratique quotidienne.

- MG1 *« on n'a pas vraiment eu de sensibilisation » « comment ça se fait qu'on ne soit pas informé »*
- MG5 *« je n'en ai jamais entendu parler durant mes études »*

- MG6 *« on n'est pas tellement informé »*

Une mauvaise communication

Une mauvaise communication est dénoncée d'une part dans les médias, où la représentation de la pratique avancée demeure souvent réductrice et inappropriée, celle-ci étant principalement présentée comme une solution palliative à la pénurie de médecins, et d'autre part, par la façon dont le sujet est amené aux MG par les IPA ou futures IPA.

- MG1 *« ça m'a été un peu présenté comme, en gros, je vais avoir le rôle du médecin »*
- MG7 *« dommage de la façon dont elle est amenée à la télé en ce moment »*

De la colère à l'encontre du gouvernement

Une certaine amertume est présente dans le discours de plusieurs MG, mettant en avant le fait que le gouvernement n'opte pas pour la solution la plus adaptée en essayant de développer une nouvelle profession au détriment de solutions permettant d'augmenter la démographie médicale en soins primaires.

- MG6 *« les différents gouvernements n'ont pas augmenté le numérus clausus pour avoir suffisamment de praticiens » « c'est une mesure gouvernementale qui est pour pallier »*
- MG7 *« parce que nos gouvernements successifs ils ont essayé de faire du raccommodage de bout de chandelle »*

Une certaine mise en concurrence ou redondance

Des missions similaires entre MG et IPA ne posent aucun souci à certains MG tandis que d'autre y voit une certaine concurrence plutôt qu'une complémentarité voire une perte de temps en faisant redondance.

Pas gênant	• MG1 *« un rôle un peu comme un médecin, mais du coup dans des domaines très très spécifiques »* • MG3 *« je pense qu'il y a du travail pour tous »* • MG5 *« je pense que du travail il y en a pour tout le monde »*
Gênant	• MG2 *« Si c'est pour que le patient voit l'IPA et puis qu'il me revoit 3 jours plus tard »* • MG2 *« potentielle charge de travail que ça va rajouter pour 2 personnes »* • MG7 *« comme nous », « c'est le cœur de mon métier aussi et je l'adore »*
Très gênant	• MG4 *« elles nous marchent un peu sur les plates-bandes » « à l'hôpital il n'y a pas de question en finances »* → sous-entendu en ville oui • MG5 *« les anciennes générations (…) ont peur peut être de ne plus avoir de travail »*

<u>IPA hospitalière / IPA en soins primaires</u>

On constate que l'expérience professionnelle des MG avec les IPA est essentiellement hospitalière. L'image véhiculée par la profession en hospitalier semble être plutôt positive.

- MG2 *« à l'hôpital, je pense que ça peut avoir un énorme intérêt »*
- MG3 *« j'ai plus de rapports avec le milieu hospitalier » « les prises en charge hospitalières spécialisées j'ai trouvé ça très bien »*
- MG4 *« je trouve qu'à l'hôpital c'est plutôt pas mal » « ça a peu d'intérêt en ville »*
- MG6 *« on a vu (…) apparaitre des IPA dans les courriers de sorties d'hospitalisation »*

<u>Encore besoin de recul</u>

La profession d'IPA est une jeune profession, en développement, et les MG ont encore besoin de temps pour se faire une idée, une représentation.

- MG2 *« il va devoir se passer du temps avant que ça rentre dans les mœurs » « je voulais voir ce qui allait se passer » « c'est pas encore assez développé »*
- MG5 *« c'est le temps que ça se mette en place »*

Mise en avant de la coordination

Le lien MG – patient

Certains d'entre eux expriment le besoin voire la nécessité de bien connaître leur patient avant de pouvoir l'adresser à l'IPA. D'autres expriment une crainte quant au ressenti des patients d'être confiés à quelqu'un d'autre qu'au MG avec qui une relation de confiance est instaurée depuis un certain temps. La relation MG-patient est au cœur de leurs préoccupations.

- MG1 *« ne connaissant pas bien mes patients (…) c'était difficile de lui adresser »*
- MG1 *« j'aurais du mal à lâcher un petit peu les choses »*
- MG2 *« là où je suis plus sceptique c'est sur l'adhésion des patients » « il y a toujours ce truc-là du médecin traitant, saint, sacro-saint médecin traitant »*
- MG3 *« ma crainte (…) perdre du temps de qualité avec mon patient »*
- MG6 *« amener la consultation de l'IPA en expliquant bien aux patients »*
- MG7 *« mes patients, c'est mes enfants »*

Plus de temps pour le patient

Il est clairement établi par la plupart des MG que les consultations IPA sont plus longues que les leurs et permettent d'aborder des points essentiels de la prise en soin qui peuvent prendre du temps.

- MG1 *« sur l'éducation thérapeutique, sur la prévention. (…) on essaie de le faire mais parfois on n'a pas forcément le temps. Et il me semble que IPA, en général, les créneaux sont quand même plus longs que ceux d'un médecin »*
- MG2 *« consultations plus poussées en termes de temps (…) aller dans les détails (…) qui finalement sont la base de la prise en charge »*

- MG4 *« ça ne détache pas des tâches qui nous ennuient »*
- MG5 *« prendre plus de temps que des fois nous on fait sur certaines pathologies » « passer des fois plus de temps avec les gens »*

Une nécessaire coopération, coordination, communication entre professionnels de santé

L'attente première des MG en termes de collaboration est basée sur la confiance et la coordination entre les 2 professionnels de santé.

- MG1 *« j'aimerais être informée » à plusieurs reprises « à condition que la coordination soit hyper bien faite »*
- MG2 *« confiance (…) savoir passer la main »*
- MG3 *« en association avec un médecin » « vous travaillez en coordination avec un médecin » « en créant une coopération et c'est une relation de confiance »*
- MG6 *« bonne coopération entre les professionnels de santé »*
- MG7 *« retour sur images », « quelqu'un en qui j'ai toute ma confiance »*
- *MG8 « de façon coordonnée »*

La transdisciplinarité, l'intérêt du regard croisé

La transdisciplinarité, désigne une forme de collaboration entre les différents professionnels de santé de manière complémentaire, elle se fait dans l'intérêt du patient : pour une prise en soin holistique. C'est une approche pertinente voire essentielle pour répondre aux enjeux actuels de santé publique : augmentation des pathologies chroniques, vieillissement de la population, … entrainant une complexité de prise en soin. Elle est largement mise en avant ici, notamment en ce qui concerne la continuité et la qualité des soins.

- MG1 *« je pense que c'est intéressant de travailler en binôme » « avoir un autre regard » « croiser les regards, croiser les données, ça peut être quand même vachement intéressant »*
- MG5 *« ça peut être un plus pour le patient »*

- MG6 *« ce n'est pas forcément pour déléguer, c'est pour être une aide supplémentaire » « augmenter en fait la prise en charge du patient »*
- *MG8 « améliorer l'offre de soin »*

Changement de paradigme, évolution de la société

Un changement de paradigme est une modification de la façon de penser, d'agir.
La perception des MG apparait évolutive et en corrélation avec un changement de paradigme. Les jeunes médecins adoptent une approche différente de leur carrière par rapport à leurs ainés.

Conflit générationnel

Une nette divergence existe entre les médecins exerçant depuis un certain temps et la jeune génération dans la façon d'entrevoir le temps de travail et le temps personnel.

Jeunes médecins	Médecins plus expérimentés
• MG2 *« les journées ne sont pas extensibles, j'ai une vie privée »* • MG5 *« les nouveaux médecins veulent plus travailler comme les anciens non plus »*	• MG4 *« si vous voulez finir à 15h (...), vous avez besoin de l'IPA », « il est trop tard, j'ai pris l'habitude comme ça »* • MG6 *« plus de liberté dans les horaires »* en parlant des plus jeunes

Évolution du mode d'exercice : MSP, équipe de santé

Nous faisons face ces dernières années à un changement du mode d'exercice dans le domaine médical et paramédical, emmené par le changement d'approche des jeunes professionnels par rapport à leur carrière. L'installation en MSP ou le regroupement en ESP, CPTS … est la conséquence de ce changement de paradigme. Le passage d'un modèle centré sur le médecin traitant au modèle d'équipe de soins traitante reflète cette adaptation à l'évolution populationnelle et professionnelle. On assiste à l'évolution de l'exercice individuel vers

l'exercice coordonné. S'il s'agit d'une volonté de certains médecins, il s'agit aussi d'une volonté des politiques actuels.

- MG4 *« ça dépend de l'évolution de la médecine, comment ça évolue », « les associations (…) ça finit toujours très mal »*
- MG5 *« je trouve ça intéressant d'avoir d'autres professionnels aussi pour échanger »*
- MG6 *« le jours où il y aura des jeunes qui reprendront, ça sera des MSP »*

Ambiguïté dans les discours

Le MG2, jeune médecin installé en MSP, semble partager une vision ambivalente de l'IPA. Même s'il n'exclut pas une collaboration avec un IPA, il ne va *« pas aller le rechercher ».* À plusieurs reprises, il valorise l'intérêt de l'IPA à l'hôpital :

- *« pour la gériatrie effectivement je pense que ça doit libérer beaucoup de temps »*
- *« à l'hôpital je pense que ça peut avoir un énorme intérêt »*

Mais quand il parle de l'IPA en ville, il se dit satisfait en ajoutant :

- *« il n'y a pas eu de modifications de traitement ».*

Le discours du MG4 présente aussi quelques ambiguïtés.
Il a d'abord refusé de participer à l'étude, pour finalement accepter, dans l'objectif de confronter nos idées probablement divergentes. Il insiste sur l'intérêt de l'IPA à l'hôpital sans cacher son hostilité en ce qui concerne les soins primaires :

• *« je trouve qu'à l'hôpital c'est plutôt pas mal »* • *« ça fait gagner énormément de temps à l'hôpital »* • *« à l'hôpital ça a un intérêt parce qu'il n'y a pas beaucoup de médecins »*	• *« elles nous marchent sur les plates-bandes »* à 2 reprises • *« ça ne m'aide pas du tout au contraire »* • *« ça sert à rien »* • *« en ville moi je ne suis pas convaincu »*

Son discours semble changer au fur et à mesure de l'entretien : *« ça dépend de l'évolution de la médecine aussi, comment ça évolue, comment les gens travaillent »*, comme si finalement la prise de conscience d'un changement de paradigme pourrait être un levier au développement de la profession.

Il est le seul à soulever la question financière : *« à l'hôpital, il n'y a pas de question de finances ».* Il est le seul à en parler, pour autant cette question ne peut pas être ignorée : représente-t-elle un réel frein à l'implantation de l'IPA en soins primaires donc en secteur libéral ? Les autres MG interrogés n'ont-ils pas osé aborder le sujet qui n'était pas directement cité dans les questions de l'entretien ? Ce sujet financier pourrait être l'objet d'une autre étude.

Contraste avec les compétences de l'IPA en soins primaires selon les textes de lois

L'analyse de ces entretiens révèle des écarts plus ou moins importants entre les compétences réelles de l'IPA attribuées par la législation et celles perçues par les MG.

Selon l'arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de 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, les compétences de l'IPA sont les suivantes :

<u>→ Évaluer l'état de santé de patients dans le cadre de motifs de recours ou en relais de consultation médicale pour des pathologies identifiées :</u>

La notion de « pathologies identifiées » est bien comprise et admise par la population médicale même si elle demande à être précisée.

- MG5 *« c'est surtout sur la partie pathologies chroniques »*

Cette compétence est généralement reconnue par les MG interrogés, ils abordent toutefois essentiellement des compétences de recueil de données ou d'observation sans pour autant attribuer à l'IPA une capacité d'interprétation des données récoltées.

- MG1 *« assurer son suivi, l'examiner »*

→ Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé :

(C'est dans cette compétence que le rôle de prescription est inclus)

MG1	*« assurer le suivi d'un patient (…)* ***prescrire*** *des traitements »*
MG2	*« certification dans la* ***prescription*** *de médicaments »*
MG3	*« je crois que vous avez une primo* ***prescription*** *(…) sur certains bilans bio, sur certains examens complémentaires »*
MG4	*« petit interrogatoire, petit examen et puis conseils et puis* ***prescription*** *»*
MG5	*« je sais qu'elles peuvent* ***renouveler*** *»*
MG6	*«* ***renouvellement*** *de traitement »*
MG7	*« elle est autorisée à faire des* ***renouvellements*** *d'ordonnances »*

Première compétence citée par la plupart des MG interrogés, la notion de prescription demande malgré tout à être précisée. Il demeure encore un certain flou sur le renouvellement à l'identique ou l'adaptation thérapeutique. Cette incertitude est également à mettre en corrélation avec le flou régnant également autour de la responsabilité.

De plus aucun MG n'aborde les différents actes techniques réalisables par l'IPA dans le cadre du suivi d'un patient (réalisation de spirométrie, d'électrocardiogramme, de prélèvement par ponction artérielle …) pouvant donner lieu à des consultations de suivi ou de dépistage spécifiques.

Le rôle d'analyse de l'IPA dans les situations de soins complexes, dans l'évaluation de la perte d'autonomie, dans le dépistage des fragilités … n'est que trop peu évoqué.

→ Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique :

MG1	*« rôle hyper important dans la prévention »*
MG2	*« améliorer sa qualité de vie »*
MG3	*« conseils nutritionnels, diététiques, d'exercices physiques »*
MG4	*« c'est tout ce qui va être conseils hygiéno-diététiques »*
MG5	*« passer plus de temps sur le côté alimentaire »*
MG6	*« refaire le point sur justement tout ce qui peut être prévention »*
MG7	Ne l'aborde pas …
MG8	Ne l'aborde pas …

Il existe un intérêt certain des MG pour cette compétence de prévention et d'éducation thérapeutique mise en œuvre par l'IPA. Ils l'abordent assez facilement mais dans une vision assez limitée : vaccination, règles hygiéno-diététique…
Les actions de prévention et d'éducation groupées ne sont pas abordées. Le rôle dans l'identification des besoins des aidants n'est pas non plus abordé.

→ Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés :

Certains MG mettent en avant le fait que l'IPA peut-être facilitateur de parcours de soin.

- MG1 *« un rôle (…) dans la continuité des soins »*
- MG3 *« faire entrer le patient dans un espèce de maillage »*

L'une des missions de l'IPA en soins primaires consiste à veiller au parcours de soins des patients, qui souvent polypathologiques nécessitent un suivi pluriprofessionnel et une bonne coordination entre tous les acteurs du soin et pas seulement entre le MG et l'IPA.

→ Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique :

Cette compétence n'a pas été abordée par les MG lors des entretiens. L'élaboration de protocoles de coopération, la rédaction de référentiel de bonnes pratiques, l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles, la participation à des actions de formation et d'information des différents professionnels de santé sont des aspects plutôt méconnus du rôle de l'IPA en soins primaires.

→ Recherchez analyser et produire des données professionnelles et scientifiques :
Cette compétence n'a pas été abordée par les MG lors des entretiens.

DISCUSSION

Modélisation des représentations des MG quant au rôle de l'IPA

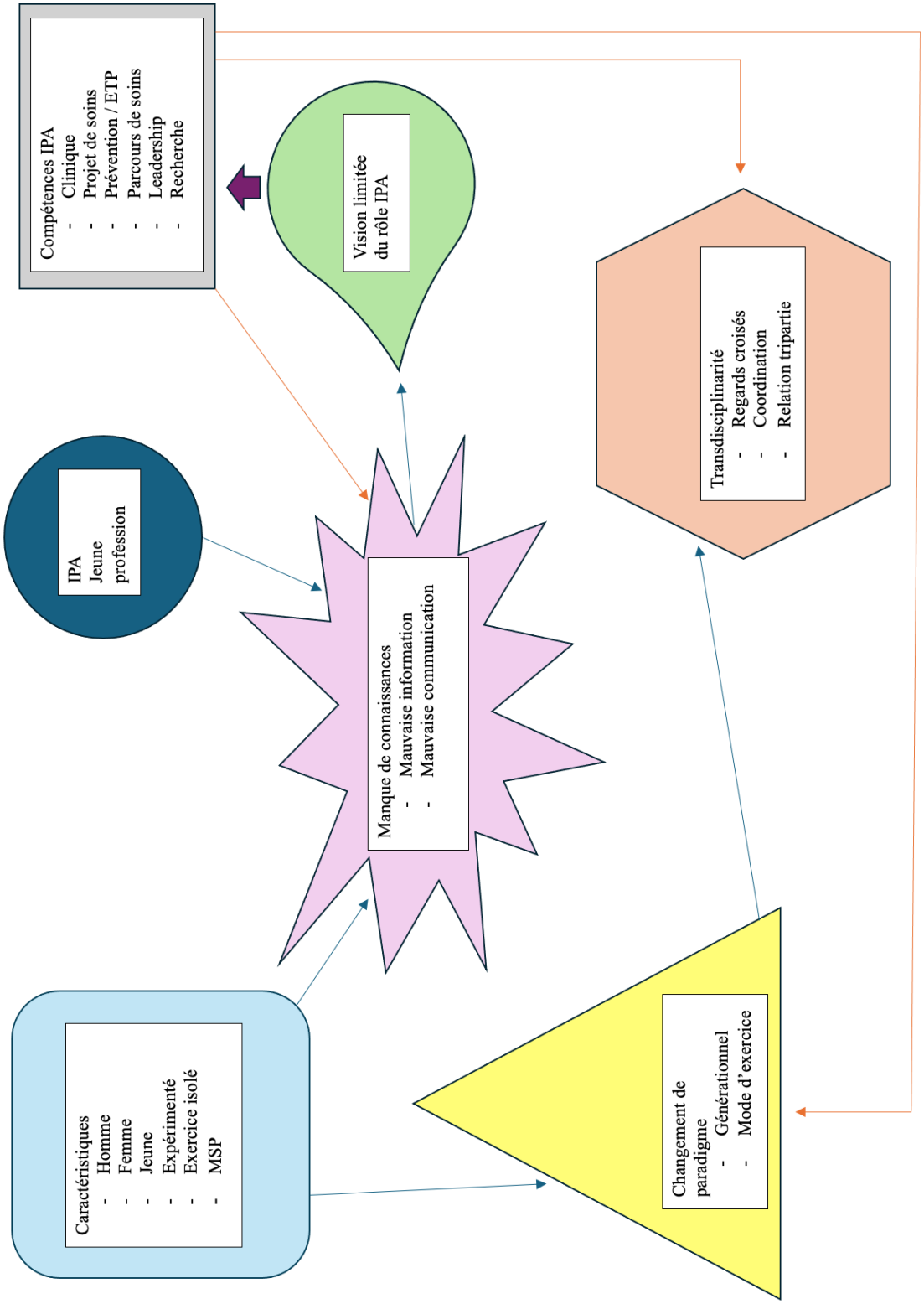


Figure 7

Cette modélisation des résultats met en évidence une relation entre des éléments contextuels (caractéristiques des MG et jeunesse de la profession IPA), des freins structurels (manque de connaissance ou mauvaise communication) et des évolutions systémiques (transdisciplinarité et changement de paradigme).

Le cœur de cette modélisation : le manque de connaissance du rôle de l'IPA apparaît comme un élément central de la perception des MG. Ce manque de connaissances alimente une vision limitée du rôle et freine la reconnaissance des compétences spécifiques.

Toutefois, l'intérêt pour la coordination et l'évolution des modes d'exercices, laissent entrevoir une dynamique de transformation favorable pour l'implantation de l'IPA en soins primaires. La transdisciplinarité, approche particulièrement adaptée à la prise en soins de la personne polypathologique, émerge comme un levier essentiel de l'intégration de l'IPA dans l'équipe de soins primaires en valorisant la complémentarité des compétences.

Il existe une tension entre représentations anciennes et dynamiques de changement où l'IPA pourrait jouer un rôle de levier.

Le résultat principal

Pour rappel, l'objectif de cette étude était de préciser la représentation du rôle de l'IPA en soins primaires afin de faciliter son implantation et de la mettre en contraste avec les compétences qui lui sont octroyées par les textes législatifs.
Mon hypothèse était que l'image erronée du rôle de l'IPA chez les MG constituerait un obstacle à son implantation en ville.

Le manque de connaissances et d'informations sur le rôle de l'IPA donne une vision limitée de celui-ci et constitue un frein à son implantation. Les compétences en matière de leadership et de recherche, considérées comme secondaires, doivent être saisies par les futurs IPA comme une opportunité de mettre en avant leur valeur ajoutée.

L’insuffisance de connaissances du rôle IPA en soins primaires

Les résultats de cette étude montrent une connaissance très hétérogène du rôle de l’IPA en soins primaires, tant en ce qui concerne ses missions, ses compétences, que ses responsabilités. Les représentations des médecins généralistes (MG) de l’IPA en soins primaires sont largement imprégnées de méconnaissances, plus que de craintes ou de résistances. Aussi, même s’ils ne sont pas contre l’idée de collaborer avec un IPA, ils ne chercheront pas à établir cette collaboration par manque de connaissances de la valeur ajoutée que celle-ci pourrait apporter aux soins apportés aux patients.

Les médecins généralistes associent assez fréquemment les IPA à la prescription, occultant ainsi d’autres compétences clés des IPA en soins primaires. Ces représentations s’accompagnent toutefois d’une reconnaissance de la valeur ajoutée de l’IPA dans des domaines tels que la prévention ou l’éducation, qui sont des éléments déterminants de la prise en charge des personnes atteintes d’une ou plusieurs pathologies chroniques.

Dans le contexte actuel de tension croissante autour de l'accès aux soins, la pratique avancée est fréquemment présentée dans les médias comme une réponse au déficit de démographie médicale. Cette représentation médiatique souvent simplificatrice contribue à entretenir une vision erronée du rôle de l'infirmier en pratique avancée, le réduisant à une fonction supplétive visant à pallier la pénurie de médecins.
Ce discours est également attribué aux pouvoirs publics qui valorisent les IPA comme solution organisationnelle, sans toutefois proposer de stratégie pérenne pour endiguer la diminution du nombre de médecins généralistes. Cette approche peut influencer la perception qu'ont les MG du rôle de l'IPA en biaisant leur représentation vers une vision de substitution, au détriment de la complémentarité interprofessionnelle.

L’IPA ne se substitue pas aux médecins généralistes (MG) mais intervient en complémentarité dans une logique de coopération et d'enrichissement de l'offre de soins. L’IPA met en avant l’aspect de coordination, de complémentarité et de prise en soin holistique, et non pas l’aspect de la prise en charge à la place des MG. Il revient à l’IPA de mettre en avant sa culture infirmière et de la présenter comme un atout dans la prise en charge des patients.

L'importance de la coordination

La notion de coordination est une condition essentielle pour que les MG adhèrent à la collaboration avec un IPA. Une communication efficace (grâce à des outils modernes et partagés au sein d'un même lieu d'exercice) et une confiance mutuelle sont primordiales.
La notion de « regard croisés » est perçue comme bénéfique tant pour le patient que pour les professionnels de santé.
Pour que cette collaboration soit couronnée de succès, il est essentiel que les conditions d'exercice de l'IPA soient clairement établies en amont. Le changement de paradigme implique une coordination préalable à la transdisciplinarité.

Le changement de paradigme

Les propos des MG interrogés traduisent un conflit générationnel entre jeunes praticiens et médecins plus expérimentés.
L'évolution vers un modèle collaboratif en équipe de soins primaires favorise l'intégration des IPA.
La profession IPA, toute jeune, intervient de fait dans le changement de paradigme et s'intègre parfaitement aux besoins de la jeune génération, mais également aux évolutions imposées par l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques.
Cependant, étant encore jeune, il faut laisser le temps aux différents acteurs de se faire une opinion et d'apprécier les nouvelles opportunités offertes dans la prise en soin des patients.

À ce sujet, il est intéressant de comparer les représentations des MG et la législation.

Nous pouvons constater que la représentation du rôle de l'IPA est certes incomplète, mais n'est pas totalement éloignée de la réalité imposée par le cadre législatif.
Ce contraste confirme le manque de connaissances et d'informations entourant cette jeune profession. Un apport plus conséquent aux MG concernant les compétences des IPA contribuerait très certainement à une représentation plus exhaustive de leur rôle.

Si un manque de connaissances sur la profession est clairement établi, il est également nettement mis en avant que l'IPA n'est pas là pour pallier le manque de MG, mais que cette

profession améliore l'offre de soins et la qualité des soins aux patients atteints de pathologies chroniques.

Il est donc important que les IPA communiquent sur leur rôle et expliquent que leur profession est différente de celle des médecins généralistes. L'expertise de l'IPA apporte une valeur ajoutée à la prise en charge. La pratique avancée s'inscrit dans une démarche d'optimisation du parcours de soins.

Finalement, les résultats de cette étude révèlent que certains médecins généralistes identifient de manière implicite des leviers favorables à l'intégration de l'IPA, à savoir le changement de paradigme et l'intérêt exprimé pour le travail en coopération.
Le changement de paradigme générationnel et organisationnel permettrait d'ouvrir la voie à la présence des IPA dans les soins primaires, dans une dynamique de développement de la transdisciplinarité.
En tant que professionnel disposant de compétences élargies et autonome, l'IPA pourrait s'inscrire dans la dynamique de changement aspirée par les jeunes médecins et les politiques.

La comparaison avec la littérature

Cette recherche s'inscrit dans le prolongement de certaines études déjà réalisées sur le développement de la profession IPA en France. L'enquête nationale réalisée sur les 2 années suivant l'introduction de la pratique avancée dans notre pays (19) concluait que des recherches complémentaires utilisant la méthode qualitative permettraient d'explorer les perceptions et les attentes des médecins concernant la profession d'IPA.

Si les preuves de la contribution des IPA à la diminution des coûts de santé et à l'amélioration de la qualité des soins et du bien-être des patients sont nombreuses (cf. la méta-analyse menée par le CII (20)), des obstacles subsistent encore à leur pleine intégration.

Une étude récente (21) : « Mise en œuvre des pratiques infirmières avancées en France : une étude à méthodes mixtes » dont l'un des objectifs était de donner un aperçu de la façon dont le rôle est défini et mis en œuvre, et comment ce rôle est perçu par les médecins, a mis en évidence plusieurs éléments :

- la profession d'IPA est une profession essentielle et indépendante intégrant une expertise clinique avancée et des compétences interprofessionnelles ;
- le caractère dynamique et évolutif de la profession est un rôle crucial pour le système de santé ;
- l'IPA est confrontée à des défis tels que la résistance professionnelle ;
- il est essentiel d'améliorer la compréhension et l'acceptation des rôles de l'IPA parmi les professionnels de santé pour garantir une intégration réussie.

Il est donc évident qu'une meilleure intégration de l'IPA dans les soins primaires nécessite de travailler sur la communication autour de son rôle, d'éclaircir les zones d'ombres persistantes quant à ses compétences et à ses responsabilités, tout en développant la promotion de l'ensemble de ses compétences (le leadership, la recherche clinique, l'évaluation et l'amélioration des pratiques).

Les forces et les limites

Les forces de l'étude

La méthode de recueil utilisée pour cette étude qualitative est l'entretien semi directif. Cette méthode a permis de situer les connaissances des différents participants quant au rôle de l'IPA. Les entretiens ont été réalisés en tête à tête afin de libérer la parole de chacun sans risque d'être jugé sur son manque de connaissance ou son opinion. Cette méthode a permis de relancer le sujet malgré le grand manque de connaissances de certains.

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux prenant en compte le respect de l'anonymat des participants, dans un cadre favorable à l'expression. Ils ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien soigneusement préparé et dont l'enregistrement n'a pas perturbé le déroulé.

L'échantillon populationnel est assez représentatif : des hommes et des femmes, allant du jeune remplaçant au médecin bientôt retraité. Les modes d'exercice sont également bien représentés : remplacement, exercice isolé, collaboration ou exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Ma position d'infirmière libérale exerçant sur le territoire a probablement favorisé l'acceptation de certains médecins généralistes à participer à cette étude.

L'analyse a été triangulée avec une étudiante chercheuse, future IPA, travaillant sur le même sujet mais sur un territoire différent, permettant ainsi de limiter les biais.

Les limites de l'étude

L'étude a été menée sur le secteur de la CPTS de Liévin, territoire sur lequel il n'y a pour l'instant que très peu d'IPA exerçant en libéral.
Les MG ont peu d'expérience avec cette jeune profession, ce qui ne leur permet pas de se faire une idée précise du rôle de l'IPA en soins primaires.
« Si on répond aux questions, je pense que c'est déjà parce qu'on est intéressé » citation intéressante du MG6, mise en parallèle avec le nombre de refus ou de non-réponse à la demande d'entretien des MG du secteur étudié, ce qui peut laisser supposer un biais dans les résultats de cette étude.
En effet, il est possible de dire que les participants ayant répondu à cette étude sont majoritairement favorables au développement de la profession IPA.

La question de recherche étant la suivante : comment améliorer l'implantation de l'IPA en ville ? Il apparaît donc que pour une implantation réussie, il faut initialement qu'elle se construise avec des médecins généralistes qui n'expriment pas de réticence à cette collaboration.

Le manque de connaissance de certains participants, mis en parallèle avec la posture hybride de chercheur-IPA en devenir, a engendré de nombreux questionnements auxquels le chercheur a parfois été amené à répondre au cours des entretiens. L'exercice est apparu complexe en raison du manque d'expérience du chercheur en recherche et en conduite d'entretien.

Le nombre restreint de participants (8MG) et le caractère localisé du terrain d'étude ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la profession médicale.

Les perspectives : il serait pertinent d'élargir cette étude à d'autres territoires afin de pouvoir les comparer entre eux.

Il serait pertinent d'élargir cette étude à d'autres territoires afin de pouvoir les comparer entre eux. Le manque de connaissances et de communication autour du rôle de l'IPA en soins primaires constitue-t-il un enjeu local ou national ?

La coordination entre médecins généralistes et IPA est grandement facilitée par le modèle d'exercice. En effet, elle se fera plus aisément au sein d'une MSP, en utilisant le même logiciel de travail.

Cependant une question se pose : qu'en est-il du déploiement des MSP ?
Introduites en 2007 dans le paysage français, on comptait 2501 MSP en décembre 2023, et l'objectif pour 2027 est d'atteindre 4000 MSP (22). Il serait intéressant de réaliser une étude sur le secteur afin de comprendre pourquoi il y a encore si peu de MSP et ce qui freine leur déploiement du point de vue des MG.

Il est également essentiel de communiquer sur le rôle de l'IPA dans les soins primaires sur le territoire de la CPTS. L'organisation d'une réunion de présentation avec les acteurs déjà sensibilisés à la pratique avancée est envisageable : médecins généralistes ou spécialistes collaborant avec un IPA, IPA installés en ville, futurs IPA. Il peut également être envisagé de créer un flyer explicatif à destination de la profession médicale ainsi que d'autres destinés aux patients. Rappelons que certains MG ont exprimé des craintes quant à l'adhésion du patient et au lien MG-patient.

Une meilleure visibilité des attributions de l'IPA et de ses interventions permettrait de clarifier ses missions et de favoriser une collaboration interprofessionnelle efficace. Grâce à son leadership, l'IPA peut initier l'organisation de rencontres interprofessionnelles. Ces moments d'échanges permettraient de présenter clairement l'étendue de ses compétences, ses modalités d'intervention, le cadre législatif de sa pratique, ainsi que les bénéfices apportés à la prise en soin du patient. Ces moments seraient également l'occasion pour les professionnels expérimentés dans le domaine de partager leur expérience.

CONCLUSION

Cette recherche qualitative centrée sur la représentation qu'ont les médecins généralistes du rôle de l'IPA dans les soins primaires met en lumière une perception globalement positive et ouverte de cette nouvelle fonction, bien que nuancée.

Loin d'être perçue uniquement comme une figure concurrente ou substitutive, l'IPA est considéré par les médecins généralistes comme un professionnel complémentaire susceptible d'apporter une réponse organisationnelle pertinente aux enjeux d'accessibilité, de surcharge de travail et de démographie médicale défavorable. Toutefois, la mise en œuvre concrète de la pratique avancée reste conditionnée à certains leviers, tels que la clarté du cadre réglementaire, la reconnaissance mutuelle des compétences et la qualité de la communication interprofessionnelle.

Cette étude souligne également l'importance d'un temps d'appropriation du rôle par les équipes médicales, alors que la pratique avancée en soins primaires est encore récente.

Enfin, bien que menée à petite échelle, cette recherche offre des pistes de réflexion utiles aux acteurs du terrain.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Article L. 1110-8 du Code de la Santé Publique, créé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, principe de liberté du patient à choisir son soignant : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire »

(2) Stratégie de transformation du système de santé, disponible sur : https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante/

(3) https://www.ordre-infirmiers.fr/annuaire-de-la-profession

(4) Avenant 9 à la convention nationale des infirmiers, disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046572815

(5) Missions spécifiques valorisées, disponible sur : http://www.ameli.fr/artois/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/missions-specifiques-valorisees/

(6) Définition de l'Infirmier en Pratique Avancée, Code de la santé publique, article R4301-1, disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

(7) Définition de l'Infirmier en Pratique Avancée selon le CII, https://www.icn.ch/fr

(8) Définition de l'infirmier en pratique avancée, 2017, https://www.ordres-infirmiers.fr

(9) Bilan démographique, INSEE 2023, disponible sur : https://www.insee.fr/fr/accueil

(10) État de santé de la population, disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953#:~:text=La%20crise%20sanitaire%20a%20accentu%C3%A9,%C3%A0%20partir%20de%2080%20ans.

(11) Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne, Université de Sherbrooke.

(12) COTTON E., L'éducation pour la santé : méthodes, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1982, 229 pages

(13) Démographie médicale, disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/

(14) Ouvrage coordonné par Caroline Berbon, Jean-Marc Carneiro et Anne Chassagnoux, Infirmier en Pratique Avancée Mention Pathologies Chroniques Stabilisées, Éditions Hatier, Paris, 2023

(15) Dictionnaire Larousse en ligne, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue

(16) Jean-Claude Abric (Dir.), Pratiques sociales et représentations, Paris, P.U.F., (Psychologie sociale), 1994

(17) Denise Jodelet, Représentations sociales : un domaine en expansion, 1989

(18) Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F, exercer la revue française de médecine générale, Introduction à la recherche qualitative, Volume 19, N° 84, 2021

(19) Implementing advanced practice nursing in France: A country-wide survey 2 years after its introduction. Julie Devictor, Espérie Burnet, Tatiana Henriot, Anne Leclercq, Nathalie Ganne-Carrie, Kelley Kilpatrick, Ljiljana Jovic

(20) Effects of advanced practice nurses on health-care costs, quality of care, and patient well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials, Author links open overlay panel, Melati Fajarini, Agus, Setiawan, ChienMei Sung, Ruey Chen, Doresses Liu, Chiu-Kuei Lee, Shu-Fen, Kuei-Ru Chou.

(21) Advanced practice nursing implementation in France: A mixed-method study, Jean Toniolo, Valérie Berger, Amélie Deplanque, Margaux Langlois, Inès Pelletier, Edgard Brice Ngoungou, Pierre-Marie Preux, Pascale Beloni, 2 juillet 2024

(22) Les maisons de santé, disponible sur : https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Hamric A.B., Hanson C.M., Tracy M.F., O'Grady E.T., "Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach", Elsevier Health Sciences, 2013

Figure 2 : https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide.htm#!y=2025&c=0

Figure 3 : https://www.cpts-lievin.fr/presentation/le-territoire-de-la-cpts/

Figures 4 et 5 : Diagrammes de la démographie du territoire de la CPTS générés grâce à l'outil disponible sur le site observatoiredesterritoires.gouv.fr

Figure 6 : Taux de participation à l'étude

Figure 7 : Modélisation des representations des MG quant au rôle de l'IPA

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS
GLOSSAIRE
SOMMAIRE

AVANT-PROPOS ____ *1*

INTRODUCTION ____ *3*

L'infirmier en Pratique Avancée (IPA) ____ **3**

Historique ____ 3

Définition de l'IPA ____ 4

Compétences de l'IPA ____ 5

Pathologies chroniques stabilisées ____ 6

L'évolution des besoins de santé en soins primaires ____ **6**

Vieillissement de la population ____ 6

Pathologies chroniques ____ 7

Démographie médicale ____ 9

Le territoire de la CPTS ____ **9**

La CPTS Liévin Pays d'Artois ____ 9

L'exercice de l'IPA en soins primaires ____ 11

Les représentations ____ **12**

Définition ____ 12

MÉTHODE ____ *14*

Type d'étude ____ **14**

L'étude portant sur la représentation des médecins généralistes a inclus des participants selon les critères suivants ____ **15**

Méthode de recrutement : les médecins généralistes (MG) ont été contactés par téléphone, grâce à l'annuaire des professionnels de la CPTS, durant le mois de février 2025, pour recueillir leur consentement à participer à l'étude ____ **15**

L'entretien 16

L'analyse des données 16

Éthique et consentement 17

RÉSULTATS ET ANALYSE *18*

Caractéristiques des participants 18

Résultats et analyse des représentations des MG 20

Codes et thèmes émergeants des verbatims 20

L'insuffisance de connaissances et de communication autour du rôle IPA en soins primaires 21

Mise en avant de la coordination 25

Changement de paradigme, évolution de la société 27

Ambiguïté dans les discours 28

Contraste avec les compétences de l'IPA en soins primaires selon les textes de lois 29

DISCUSSION *33*

Modélisation des représentations des MG quant au rôle de l'IPA 33

Le résultat principal 34

L'insuffisance de connaissance du rôle IPA en soins primaires 35

L'importance de la coordination 36

Le changement de paradigme 36

À ce sujet, il est intéressant de comparer les représentations des MG et la législation. 36

La comparaison avec la littérature 37

Les forces et les limites 38

Les forces de l'étude 38

Les limites de l'étude 39

Les perspectives : il serait pertinent d'élargir cette étude à d'autres territoires afin de pouvoir les comparer entre eux 40

CONCLUSION *41*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES *I*

LISTE DES FIGURES *IV*

TABLE DES MATIÈRES _____ *V*

LISTE DES ANNEXES _____ *VIII*

RÉSUMÉ

LISTE DES ANNEXES

1. Lettre explicative aux participants (IX)
2. Guide d'entretien (X)
3. Verbatims (XII)
4. Grille COREQ (XIII)
5. Récépissé attestation déclaration DPO (XVI)
6. Déclaration au service DPO de l'université (XVII)
7. Consentement (XXI)

ANNEXE 1

Bonjour,

Je suis Claire Villé – Giraud, étudiante en pratique avancée.
Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur la représentation des médecins généralistes quant au rôle de l'IPA. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les contrastes entre les représentations que se font les médecins généralistes et les compétences réelles de l'IPA.
Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste installé ou remplaçant, interne en médecine générale en stage, sur le territoire de la CPTS Liévin Pays d'Artois.
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, de rectifications, d'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.
Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2025-021 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 beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : claire.ville.etu@univ-lille.fr

ANNEXE 2

Guide d'entretien

Titre : Analyse des représentations des MG quant au rôle de l'IPA en soins primaires.

Comment améliorer l'implantation de l'IPA en soins primaire ?

« Bonjour, je suis Claire Villé, infirmière diplômée depuis 20 ans et installée en libéral depuis 17 ans sur la commune de Liévin. Actuellement en 2e année de Master pour le diplôme d'Infirmière en Pratique Avancée, je réalise, dans le cadre de mon mémoire, une étude sur les représentations des médecins généralistes quant au rôle de l'IPA et je souhaiterai en discuter avec vous. »

➔ **Connaitre la personne interviewée :**

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement professionnellement ?

Type d'exercice, nombre d'années d'expérience, secteur d'activités …

➔ **Situer le niveau de connaissance de la personne interviewée sur le sujet :**

2. Que savez-vous de la profession d'IPA ?

Parcours de l'infirmière jusqu'au diplôme d'IPA, compétences, législation, rémunération …

3. Avez-vous déjà collaboré avec un IPA ?

→ OUI : dans quel cadre ? Racontez-moi comment ça s'est passé ?

→ NON : pourquoi ?

➔ **Perception du rôle IPA :**

4. Quelles sont selon vous les compétences et responsabilités d'un IPA ?
5. Comment imaginez-vous une consultation IPA en soins primaires ? Si vous deviez collaborer avec une IPA comment envisageriez-vous celle-ci ?

➔ **Collaboration et intégration :**

6. Envisagez-vous une collaboration avec un IPA ?
7. Avez-vous des réticences ou des préoccupations concernant la collaboration avec des IPA ? Si oui, lesquelles ?

➔ **Laisser la personne interviewée s'exprimer librement sur le sujet :**

8. Que pensez-vous du développement de cette profession en France ?
9. Comment votre perception de cette profession a-t-elle évolué depuis ses débuts en France en 2018 ?
10. Que souhaitez-vous me dire d'autres à propos de cette profession ?

Merci d'avoir pris le temps de partager vos pensées. Vos réponses contribueront à une meilleure compréhension du rôle des infirmiers en pratique avancée et à leur intégration dans les soins primaires.

ANNEXE 3

Verbatims

Vous trouverez via le lien ci-dessous l'intégralité des retranscriptions des entretiens menés lors de cette étude :

ANNEXE 4

Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur / Animateur	Claire Villé – Giraud, auteure du mémoire de recherche.
2.	Titres académiques	Aucun.
3.	Activité	Infirmière libérale, étudiante en pratique avancée.
4.	Genre	Le chercheur est une femme.
5.	Expérience et formation	Novice.
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Le chercheur exerce en tant qu'IDEL sur le territoire de l'étude, elle occupe le poste de représentante des IDE au sein du conseil d'administration de la CPTS.
7.	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Les participants connaissent le statut d'étudiante en pratique avancée de la chercheuse, ainsi que sa motivation à développer la profession sur le territoire concerné.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Aucune caractéristique supplémentaire n'a été signalée aux participants concernant le chercheur.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorique	Analyse thématique inductive.

Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	MG adhérents à la CPTS Liévin Pays d'Artois ou exerçant sur ce territoire.
11.	Prise de contact	Téléphonique ou par courriel.
12.	Taille de l'échantillon	8 participants.
13.	Non-participation	• 5 refus (1 en arrêt de travail, 1 par manque de temps et d'intérêt pour le sujet, 3 sans donner de motif). • 12 non pas répondu (message répondeur, SMS, message au secrétariat, courrier, mail) malgré plusieurs relances.
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Lieu de travail du participant.
15.	Présence de non-participants	Non.
16.	Description de l'échantillon	7 MG installés et 1 MG remplaçant sur le territoire de la CPTS sur la période de février, mars et avril 2025.
Recueil de données		
17.	Guide d'entretien	Il n'a pas été testé avant.
18.	Entretiens répétés	Ils n'ont pas été répétés.
19.	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio pour le recueil de données.
20.	Cahier de terrain	Pas de notes pendant l'entretien, mais en sortant de l'entretien.
21.	Durée	De 8 à 21 minutes.
22.	Seuil de saturation	Suffisance théorique déclarée après les entretiens 6 et 7, confirmée par entretien 8.
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants.

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	2 personnes : - L'auteur, chercheur. - Une collègue IEPA / chercheur.
25.	Description de l'arbre de codage	
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes ont été déterminés après codage et triangulation.
27.	Logiciel	Non.
28.	Vérification par les participants	Les participants non pas exprimé de retour sur les résultats.
Rédaction		
29.	Citations présentées	Oui, citations pour illustrer les thèmes, identifiées par le numéro de participant.
30.	Cohérence des données et des résultats	
31.	Clarté des thèmes principaux	Oui.
32.	Clarté des thèmes secondaires	

ANNEXE 5

Université de Lille

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

Intitulé : Analyse des représentations des médecins généralistes quant au rôle de l'IPA en soins primaires
Référence Registre DPO : 2025-021
Responsable scientifique : M. Marc BAYEN **Interlocuteur :** Mme Claire VILLÉ

Fait à Lille,

Le 30 janvier 2025

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

ANNEXE 6

Université de Lille

Analyse des représentations des médecins généralistes quant au rôle de l'IPA en soins primaires.

Entité : ULille Travaux étudiants
Domaine : Formation initiale et continue tout au long de la vie

Description générale			
Nom du traitement	Référence	Envisagé	Archivé
Analyse des représentations des médecins généralistes quant au rôle de l'IPA en soins primaires.	2025-021	Non	Non
Date de création	Date de modification	Date de revue	
22/01/2025	22/01/2025	22/01/2025	
Description			
étude réalisée en IPA (infirmière pratique avancée) Objectif : Faire une représentation biaisée du rôle de l'IPA en ville peut nuire à son implantation			
Structure opérationnelle	Volumétrie		
Faculté Médecine	15		
Origine de la collecte des données	Description de la source		
Collecte directe	étude qualitative d'un phénomène humain (la représentation du rôle de l'IPA) auprès d'une population cible que sont les médecins généralistes de la CPTS de Liévin Pays d'Artois, grâce à des entretiens semi-directifs (en présentiel et avec un dictaphone numérique), qui seront réalisés en janvier et février 2025.		

Supports	
Référence	Support
Dictaphone	Dictaphone numérique
DDEXT	Disque dur externe chiffré
ORDI PERSO	Ordinateur portable personnel
MESSAGERIE	ZIMBRA

Politiques	
Référence	Politique
ENR	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)

Acteurs						
Type d'acteur	Nom	Adresse	Code postal	Ville	Pays	Coordonnées contact
Délégué à la protection des données	Jean-Luc TESSIER	42 rue Paul Duez	59000	LILLE	France	dpo@univ-lille.fr
Responsable du traitement	Régis BORDET	42 rue Paul Duez	59000	LILLE	France	presidence@univ-lille.fr
Investigateur principal	Claire Villé	42 rue Paul Duez	59000	Lille	France	claire.ville.etu@univ-lille.fr
Responsable scientifique	Marc Bayen	42 rue Paul Duez	59000	Lille	France	marc.bayen

Acteurs						
						@univ-lille.fr

Finalités	
Finalité principale	
Description	Objectif : Faire une représentation biaisée du rpole de l'IPA en ville peut nuire à son implantation
Fondement juridique	Exécution d'une mission d'intérêt public
Commentaire	

Personnes concernées	
Catégorie de personnes concernées	Commentaires
Médecins généralistes	Les médecins généralistes de la CPTS de Liévin Pays d'Artois ne travaillant pas avec un IPA.

Destinataires	
Service interne qui traite les données	
Destinataire	Etudiant
Commentaire	-
Service interne qui traite les données	
Destinataire	Responsable scientifique
Commentaire	-

Données à caractère personnel	
Etat-civil, identité, données d'identification	
DCP	Adresse e-mail / nom, prénom
Destinataire des DCP	Etudiant
Finalité	Objectif : Faire une représentation biaisée du rpole de l'IPA en ville peut nuire à son implantation
Durée de conservation	Jusqu'à la fin de l'étude
Etat-civil, identité, données d'identification	
DCP	Données des entretiens - enregistrement
Destinataire des DCP	Etudiant
Finalité	Objectif : Faire une représentation biaisée du rpole de l'IPA en ville peut nuire à son implantation
Durée de conservation	Jusqu'à ce que la retranscription soit finie.
Autre	
DCP	Données anonymisées issues des entretiens
Destinataire des DCP	Etudiant, Responsable scientifique
Finalité	Objectif : Faire une représentation biaisée du rpole de l'IPA en ville peut nuire à son implantation
Durée de conservation	Conservation illimitée

Mesures de nature juridique	
Finalité : finalité déterminée, explicite et légitime	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	Validation par le responsable pédagogique d'une fiche de thèse, ou d'un projet de mémoire.
Minimisation : réduction des données à celles strictement nécessaires	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)

Mesures de nature juridique	
Description et justification	Les données non nécessaires à la réalisation des objectifs de l'étude ne sont pas collectées.
Durées de conservation : durée nécessaire à l'accomplissement des finalités, à défaut d'une autre obligation légale imposant une conservation plus longue	
Périmètre	ZIMBRA
Description et justification	L'ensemble des échanges par mail (boîte de réception et d'émission) seront supprimés à l'issue du projet.
Durées de conservation : durée nécessaire à l'accomplissement des finalités, à défaut d'une autre obligation légale imposant une conservation plus longue	
Périmètre	ZIMBRA
Description et justification	Les personnes en charge du traitement sont informés de l'existence d'une notice d'aide pour le paramétrage de la suppression automatique des mails (version Thunderbird et Zimbra). Cette notice est disponible auprès du DPO de l'Université (dpo@univ-lille.fr).
Information : respect du droit à l'information des personnes concernées	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	Une notice est remise au participant. Elle décrit le projet et les droits des participants et les adresses mails des acteurs du projet.
Fondement : Modalités de recueil du consentement ou justification d'un autre fondement assurant la licéité de ce traitement	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	Le consentement des personnes concernées est recueilli en début d'enregistrement. Il s'agit du consentement à participer au projet et à être enregistré sur dictaphone.
Droit d'opposition : respect du droit d'opposition des personnes concernées	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	S'exerce auprès du DPO ou de l'étudiant.
Droit d'accès : respect du droit des personnes concernées d'accéder à leurs données	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	S'exerce auprès du DPO ou de l'étudiant.
Droit de rectification : respect du droit des personnes concernées de corriger leurs données et de les effacer	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	S'exerce auprès du DPO ou de l'étudiant.
Droit à la limitation : respect du droit à la limitation des traitements des données à caractère personnel	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	S'exerce auprès du DPO ou de l'étudiant.
Droit à ne pas faire l'objet d'une décision entièrement automatisée	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	NC

Mesures organisationnelles	
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	Utiliser exclusivement un dictaphone numérique
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	A l'issue de l'entretien, le fichier audio est copié sur un espace de stockage chiffré au plus vite puis supprimé du dictaphone
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	Le nommage du fichier ne doit pas correspondre à la date et l'heure de la passation ni à l'identité de la personne concernée
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)

Mesures organisationnelles	
Description et justification	A l'issue de la soutenance de mémoire / thèse, les fichiers audios sont supprimés.
Gestion des risques	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	A l'issue des passations, les mails de contact, de prise de rendez-vous sont supprimés.

Mesures de sécurité logique	
Anonymisation	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	La retranscription des enregistrements doit être anonymisée (attention aux personnes, aux lieux, aux évènements...)
Chiffrement	
Périmètre	Gestion des entretiens enregistrés (étudiants)
Description et justification	Les enregistrements audios doivent être stockés sur des espaces de stockage chiffrés.

Facteurs de risque	
Facteurs de risque	
Sensibilité	
Traitement sensible :	
Traitement exonéré :	
Justification :	

Pièces justificatives
Description
NOTICE SUP MAIL

XX

ANNEXE 7

UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet :

Analyse des représentions des médecins généralistes quant au rôle de l'Infirmière en Pratique Avancée.

Numéro d'identification du participant :

Modalité de réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Mme Claire Villé – Giraud, Infirmière libérale et Étudiante en Pratique Avancée dans le cadre de la réalisation de son mémoire de fin d'études. Il sera réalisé en présentiel suivant vos disponibilités. Il sera enregistré de façon anonyme.

- Si vous acceptez de participer à cet entretien, il vous sera posé des questions concernant votre profession, votre vécu, votre expérience, votre opinion et votre ressenti.

- Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

- Votre participation est totalement volontaire.

Traitements des informations recueillies :

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits et les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Mme Claire Villé – Giraud elle-même.

Les résultats seront utilisés dans le cadre du mémoire pour le Diplôme d'État d'IPA de Mme Claire Villé sous la direction du Professeur Marc Bayen, soutenu publiquement à la faculté de médecine de Lille et pourront éventuellement être publiés.

Par la présente,

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et avoir eu la possibilité de poser des questions.

2. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de l'entretien, ainsi qu'à l'utilisation totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans le mémoire ou son éventuelle publication.

Date, nom et signature du participant :

Date, nom et signature de l'investigateur :

AUTEURE : Nom : Villé – Giraud Prénom : Claire
Soutenance : le 1er juillet 2025
Titre : Analyse des représentations des médecins généralistes quant au rôle de l'Infirmier en Pratique Avancée en soins primaires.
Mots clés : représentation, Médecins Généralistes (MG), Infirmier en Pratique Avancée (IPA), Soins Primaires (SP), compétences

Title: *An Analysis of General Practioners' Representations Regarding the Role of Advanced Pratice Nurse*
Keywords: representation, General Practitioners (GP), Advanced Practice Nurse (APN), primary care, skills

Résumé :
Contexte : Depuis sa création en 2018, la profession d'IPA peine à se développer en soins primaires. Souvent annoncée comme « LA solution » aux déserts médicaux, la représentation que se font des médecins de l'IPA peut être faussée. Ses compétences dépassent largement le simple fait de pouvoir renouveler une ordonnance : coordination de parcours de soins, actions de prévention et d'éducation à la santé …
Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès des médecins généralistes de la CPTS de Liévin Pays d'Artois grâce à des entretiens semi dirigés afin d'analyser leur représentation du rôle de l'IPA en soins primaires et ainsi les comparer aux compétences réelles définies par les textes de lois.
Résultats : Il semble qu'une certaine disparité des connaissances des MG entraine une vision limitée du rôle. Toutefois le changement de paradigme et l'intérêt pour la coordination semblent être de bons leviers à explorer afin d'améliorer l'implantation de l'IPA en SP.
Discussion : Une meilleure communication autour du rôle de l'IPA et une valorisation de la profession permettraient de faciliter l'implantation de l'IPA en soins primaires.

Abstract:
Context : Since their creation in 2018, the APN's profession has been struggling to develop in primary care. Often advertised as 'THE solution' to medical deserts, the general practitioners' representation of APN is distorted. Their skills go far beyond the simple task like renewing prescriptions ; they include, among other things, the coordination of care pathways as well as measures including prevention and health education.
Method : A qualitative study was conducted among doctors in the CPTS of Liévin Pays d'Artois, using semi-structured interviews to analyse their representations regarding the role of APN and contrast them with the skills defined by law in primary care.
Results : It seems that a disparity in the GPs' knowledge leads to a limited vision of the role. However, the paradigm shift and the interest in coordination seem to be good levers to work on to improve the implementation of the APN in primary care.
Discussion : Better communication around the APN's role and promotion of profession would facilitate APN's implantation in primary care.

Directeur de mémoire : Professeur Marc BAYEN