

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier de  
pratique avancée en maison de santé pluriprofessionnelle**

Présentée et soutenue publiquement le 10 mai 2022 à 18h  
au Pôle Formation  
par **Charles NOTTEGHEM**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

---



### **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>10</b>
<b>I. Type d'étude.....</b>	<b>10</b>
<b>II. Revue de littérature.....</b>	<b>10</b>
<b>III. Population étudiée.....</b>	<b>10</b>
<b>IV. Entretiens.....</b>	<b>11</b>
<b>V. Recueil des données.....</b>	<b>11</b>
<b>VI. Analyse des données.....</b>	<b>12</b>
<b>VII. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.....</b>	<b>12</b>
<b>VIII. Commission de Protection des Personnes.....</b>	<b>12</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>13</b>
<b>I. Caractéristiques des entretiens.....</b>	<b>13</b>
<b>II. Caractéristiques de l'échantillon.....</b>	<b>13</b>
<b>III. Résultats de l'analyse.....</b>	<b>14</b>
<b>A. L'intention du collectif à l'intégration du rôle.....</b>	<b>14</b>
1. Un allègement de la pression au travail.....	14
a. Un accès aux soins facilité.....	14
b. Une libération du temps médical.....	15
c. Un parcours de soin sécurisé.....	17
2. Une transformation du rapport au travail.....	18
a. Une amélioration de la pertinence des actes.....	18
b. Une amélioration des pratiques professionnelles.....	19
c. Une approche centrée patient.....	20
3. Un esprit pionnier.....	22
<b>B. L'implication du collectif pour l'intégration du rôle.....</b>	<b>24</b>
1. Une intégration complexe.....	24
a. Une tension concurrentielle sur les actes.....	24
b. Un positionnement ambigu et une méconnaissance du rôle.....	25
c. Un scepticisme.....	26
d. Une responsabilité partagée.....	27
e. Une remise en cause du statut médical.....	28
f. Les contraintes de la réorganisation.....	29
g. Une résistance des patients.....	30

h. Une fragilité du statut de l'IPA.....	31
2. La réponse du collectif.....	32
a. Un climat de confiance.....	32
b. Une communication interprofessionnelle efficace.....	33
c. La clarification du rôle aux professionnels.....	34
d. L'adhésion des patients.....	35
e. Viabiliser le rôle.....	36
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>38</b>
<b>I. Résultats principaux.....</b>	<b>38</b>
<b>II. Limites et critiques de l'étude.....</b>	<b>41</b>
A. Limites de l'étude.....	41
B. Forces de l'étude.....	42
<b>III. Confrontation des résultats à la littérature.....</b>	<b>43</b>
A. Le concept d'intention.....	43
B. Le concept d'implication.....	45
C. Le concept d'acceptation.....	50
D. Les perspectives.....	51
1) Viabiliser la pratique avancée.....	51
2) Poursuivre les études.....	52
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>58</b>

## RÉSUMÉ

**Contexte :** L'augmentation de la prévalence des malades chroniques remet en cause l'organisation actuelle des soins premiers français. De nouveaux modèles de soins ont récemment été introduits dans les équipes interprofessionnelles de soins premiers, notamment au sein des MSP. Ils impliquent une collaboration entre des médecins généralistes et des infirmiers en pratique avancée, qui reçoivent une délégation de tâches et assument de nouveaux rôles.

**Objectif :** Cette étude visait à étudier le vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier en pratique avancée au sein des MSP.

**Méthode :** Une étude qualitative a été menée de mars 2021 à janvier 2022. Douze entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes exerçant en MSP françaises. Après retranscription puis codage avec triangulation, une analyse par théorisation ancrée a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo QSR 12®.

**Résultats :** L'intégration réussie de l'IPA au sein d'une équipe de soins premiers nécessitait une acceptation du rôle. Cependant, l'intégration était complexe en raison de conflits inter et intra-professionnels, d'une résistance de patients et de la fragilité du rôle. L'implication des médecins généralistes était alors cruciale pour gagner l'adhésion de l'équipe et des patients. L'acceptation du rôle dépendait également de la capacité de l'IPA à répondre aux attentes des médecins. Ces derniers attendaient de l'IPA d'alléger leur pression au travail en facilitant l'accès aux soins, en libérant du temps médical et en sécurisant le parcours de soin.

Ils souhaitaient également changer leur rapport au travail en redonnant de la pertinence aux actes, en améliorant les pratiques professionnelles et en adoptant une démarche centrée patient. L'acceptation du rôle dépendait ainsi de l'implication et de l'intention des médecins.

**Conclusion :** L'analyse révèle que les médecins généralistes sont divisés sur l'intégration du rôle en soins premiers. L'acceptation du rôle dépend de l'intention et l'implication des médecins généralistes. Des pistes d'amélioration ont pu être identifiées pour viabiliser l'intégration du rôle. D'autres travaux sont nécessaires pour évaluer l'impact de l'IPA en soins premiers.

## LISTE DES ABREVIATIONS

- CII : Conseil International des Infirmiers
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- EBM : Evidence-Based Medicine
- ECOGEN : Etude transversale sur les Eléments de la Consultation en médecine  
GENérale
- HZ : Hors Zonage
- IDE : Infirmier Diplôme d'État
- IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IPA : Infirmier en Pratique Avancée
- MSP : Maison de Santé pluri-professionnelle
- NICF : National Interprofessionnal Competency Framework
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
- PCS : Pathologies Chroniques Stabilisées
- PEPS : Paiement en Équipe de Professionnels de Santé en ville
- RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
- ZAC : Zone d'Action Complémentaire
- ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire
- ZV : Zone de Vigilance

## INTRODUCTION

Entre le vieillissement de la population (1), l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la polymorbidité (2), leur poids croissant dans les dépenses de santé (3), le déclin de la densité médicale (4) et l'inégalité croissante de l'accès aux soins (5), le système de santé français est mis en difficulté.

Faisant face à ces mêmes défis, de nombreux pays de l'OCDE ont entrepris des réformes au cours de la dernière décennie afin de favoriser le transfert de tâches médicales (6) et la création de nouveaux rôles infirmiers plus avancés dans le domaine des soins premiers (7).

Créé en 1965 aux États-Unis afin de pallier la pénurie de prestataires de santé dans les zones rurales et mal desservies du Colorado, le rôle d'infirmier en pratique avancée (IPA) est aujourd'hui un terme générique englobant un groupe croissant et diversifié d'infirmiers ayant évolué au-delà de la pratique clinique infirmière fondamentale (8).

Le Conseil international des infirmiers (CII) en a proposé une définition universelle en 2008, faisant aujourd'hui référence : un IPA est « un infirmier qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée ».

Faisant suite à une série d'expérimentations, la France introduit le principe de la pratique avancée aux infirmiers par la promulgation de la loi du 26 janvier 2016 (9), marquant ainsi sa volonté de s'inscrire dans le développement de ces nouvelles pratiques.

En France, le diplôme d'État d'IPA est reconnu au grade master et est délivré à l'issue d'une formation universitaire de deux ans. Plusieurs domaines d'intervention sont proposés à l'étudiant IPA (annexe 1). La mention « pathologies chroniques stabilisées et polypathologies courantes en soins primaires » (PCS) est celle qui concerne le plus l'exercice ambulatoire.



L'IPA mention PCS a pour vocation d'exercer dans une équipe pluriprofessionnelle de soins premiers (annexe 1), notamment en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). La MSP est une structure pluriprofessionnelle dotée d'une personnalité morale et constituée entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens.

Au sein de cette équipe, en accord avec les médecins généralistes et les patients, l'IPA mène des actions de prévention et de dépistage, assure une surveillance clinique, adapte ou prescrit des traitements ou des examens pour les patients porteurs de maladies chroniques (annexe 1).

Des pays comme les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni ont introduit avec succès des IPA au sein d'équipes interprofessionnelles de soins premiers afin d'accomplir des tâches définies et réduire la pression exercée sur les effectifs médicaux (10–13). Les IPA seraient également capable de fournir des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués par les médecins pour les patients porteurs de maladies chroniques (14–16).

Si l'implantation d'IPA au sein de ces équipes apparaît comme une réponse potentielle aux multiples pressions (17), de nombreux freins ont été rencontrés à l'international (18,19).

Mais qu'en est-il en France ? La première promotion d'IPA a terminé sa formation en 2019, leur implantation en ambulatoire n'en est donc que très récente. La question de l'intégration de ce nouvel acteur au sein de ces équipes se pose, notamment du point de vue des médecins généralistes.

L'objectif de ce travail était d'analyser le vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier de pratique avancée au sein des MSP.

## **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **I. Type d'étude**

Nous avons mené une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée.

### **II. Recherche documentaire**

La recherche documentaire a été réalisée en utilisant les bases de données suivantes : Pubmed, BMC Nursing, Google Scholar, CINAHL, Cairn, LISSa, BDSP.

Les mots-clés utilisés étaient : « infirmier en pratique avancée », « médecin généraliste », « collaboration interprofessionnelle », « soins primaires », « intégration ». Les synonymes anglais utilisés étaient : « advanced practice nurse », « general practitioner », « interprofessional collaboration », « primary care », « integration ».

La recherche documentaire a été organisée de façon parallèle à la collecte et au codage du matériau, conformément à l'analyse par théorisation ancrée de Lejeune (20).

### **III. Population étudiée**

Les participants étaient des médecins généralistes libéraux installés, exerçant en MSP sur le territoire français et collaborant avec un IPA diplômé avec la mention PCS.

Le recrutement a débuté en mars 2021 jusqu'en janvier 2022. Le mode d'accès aux interviewés était soit direct (demande par e-mail, appel téléphonique) soit indirect en contactant des informateurs relais (IPA actifs au sein du réseau francophone de pratique avancée Anfipa).

Le recrutement du médecin suivant était conditionné par les entretiens précédents pour réaliser un échantillonnage dit théorique. Chaque participant était informé au préalable que la recherche portait sur la collaboration avec un IPA au sein d'une MSP.

#### **IV. Entretiens**

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-directifs avec utilisation d'un guide d'entretien. Ce guide était construit selon la méthode de Blanchet : il supposait la formulation initiale d'une consigne, l'utilisation d'un guide thématique formalisé dont les questions ont été induites par la recherche documentaire, enfin l'anticipation de stratégies d'écoute et d'intervention (21).

Le guide a été testé au préalable par le chercheur avant réalisation des premiers entretiens. L'entretien suivait l'ordre des questions du guide (annexe 3 et 4). L'interviewé pouvait s'exprimer librement

Les entretiens ont été menés par le chercheur soit au cabinet du médecin généraliste lorsque la distance le permettait ou par visioconférence (en raison d'une longue distance et du contexte de pandémie de Covid-19).

#### **V. Recueil de données**

L'accord de l'interviewé pour l'enregistrement audio de l'entretien était systématiquement recueilli. Chaque entretien était anonymisé dans un souci de confidentialité.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de l'application dictaphone d'un iPhone® et d'un dictaphone numérique Olympus®. Chaque entretien était retranscrit mot-à-mot par le chercheur sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word® sous la forme de verbatims.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas défini à l'avance. Afin de confirmer la saturation des données, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

## **VI. Analyse des données**

Après retranscription, les entretiens étaient intégrés et analysés à l'aide du logiciel NVivo QSR 12®. En suivant la méthode de Lejeune (20), un codage ouvert était initialement réalisé et permettait de dégager un ensemble de propriétés. Elles étaient ensuite articulées les unes avec les autres lors du codage axial. Enfin, le codage sélectif a permis de sélectionner les propriétés pertinentes et d'écartier les plus périphériques par rapport à la question de recherche posée.

Un journal de bord a été tenu depuis le début des recherches et comporte l'ensemble des comptes-rendus de codage, théoriques et opérationnels (20).

Une triangulation a été effectuée. Elle consistait d'abord en une analyse parallèle des verbatims par un investigateur neutre (MS). Ensuite, les deux chercheurs ont procédé à une comparaison et à un choix parmi les propriétés obtenues individuellement.

## **VII. Commission nationale de l'informatique et des libertés**

Cette étude était anonymisée et réalisée avec l'accord des participants. Le service de la protection des données de l'Université a confirmé qu'aucune demande préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'était nécessaire, selon le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) en date du 25 mai 2018.

## **VIII. Commission de Protection des Personnes**

Cette étude, hors Loi Jardé, n'entrait pas dans les prérogatives du Comité de Protection des Personnes (CPP).

## RÉSULTATS

### I. Caractéristiques des entretiens

Douze entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 5 mars 2021 et le 3 janvier 2022. La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes et 17 secondes.

Médecins	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Zonage de l'ARS	Durée de l'entretien
<b>MG 1</b>	F	43	Urbain	Hors zonage	27'22''
<b>MG 2</b>	H	32	Rural	ZIP	20'24''
<b>MG 3</b>	H	53	Urbain	ZV	38'51''
<b>MG 4</b>	F	37	Urbain	ZV	31'33''
<b>MG 5</b>	H	65	Semi-rural	ZAC	35'25''
<b>MG 6</b>	H	57	Semi-rural	ZAC	37'17''
<b>MG 7</b>	H	64	Urbain	Hors zonage	36'20''
<b>MG 8</b>	H	40	Rural	ZAC	35'31''
<b>MG 9</b>	F	35	Urbain	ZV	34'25''
<b>MG 10</b>	F	31	Rural	ZIP	35'52''
<b>MG 11</b>	F	35	Urbain	ZAC	36'59''
<b>MG 12</b>	F	60	Rural	ZIP	30'17''

### II. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau ci-dessus. Six femmes et six hommes ont été inclus. La moyenne d'âge des participants était de 46 ans. Tous les participants exerçaient en tant que médecins généralistes libéraux, installés au sein de MSP sur le territoire français. Par ailleurs, tous collaboraient avec un IPA diplômé de la mention PCS.

Tous les sujets contactés par mail ou par téléphone ont accepté de participer à l'étude. Aucun médecin interrogé ne connaissait le chercheur préalablement à l'étude. Il n'y a eu aucun perdu de vue après la première prise de contact.

### III. Résultats de l'analyse

#### A. L'intention du collectif à l'intégration du rôle

##### 1. Un allègement de la pression au travail

###### a. Un accès aux soins facilité

Les médecins généralistes interrogés souffraient du manque de moyens humains en ambulatoire et en dressaient un tableau alarmiste pour les années futures.

*« La démographie médicale est en déroute complète hein ! Jusqu'en 2026, vous avez de moins en moins de généralistes donc on court à la catastrophe. » (M5)*

Ils regrettaient le manque de disponibilité et de flexibilité qui découlaient de cette demande de soins toujours croissante.

*« Lorsque je suis présent, le travail est continu non-stop donc la difficulté c'est quand il y a une urgence ou une visite à faire dans la journée, tout ça n'est plus possible. » (M5)*

Ils plaçaient alors de grandes attentes envers l'IPA pour faciliter l'accès aux soins.

*« Le rôle des IPA dans les maisons de santé, c'est d'aller vers ceux qui pourraient être le plus loin et qui ne pourraient pas avoir accès aux soins du fait de leur grand âge, de leur précarité, du fait qu'ils vivent dans un milieu rural isolé et nous on va vers eux. » (M6)*

Ils considéraient l'IPA comme un atout potentiel pour le collectif.

*« L'infirmière de pratique avancée, c'est clairement une vraie cartouche de plus ! » (M3)*

Ils valorisaient sa plus grande disponibilité auprès des patients.

*« Elle a ce facteur temps qui est ultra important et que nous, en tant que généraliste, on a plus malheureusement. » (M10)*

Ils se sentaient soulagés dans leur quotidien car ils savaient qu'un autre intervenant pouvait se rendre disponible à tout moment pour répondre à la demande de soin.

*« Personnellement, à vrai dire, je l'ai très bien vécu cette intégration de l'IPA. Moi ça a été vraiment un soulagement parce qu'enfin, à deux, on a réussi à répondre aux demandes quotidiennes de la patientèle qui étaient devenues trop importantes pour moi. » (M2)*

### **b. Une libération du temps médical**

Les médecins regrettaient la perte du temps médical accordé à leurs patients.

*« Moi j'ai vu la diminution du temps médical pour un patient se réduire. Depuis vingt ans, on passe de moins en moins de temps avec les patients, de temps médical ! » (M5)*

Ils déploraient l'aspect protocolaire des consultations de suivi des patients chroniques car elles se faisaient au détriment de l'écoute du patient.

*« Si on passe son temps à faire des checklists pour un diabétique, on ne va pas passer notre temps à discuter avec les gens et voir s'ils ont d'autres problèmes à côté. Voilà, on peut le regretter. » (M7)*

Ils remarquaient le gain de temps médical dégagé en déléguant certaines tâches.

*« En tout cas, moi j'ai vu ce que je pouvais y gagner en temps et c'était fondamental. » (M7)*

Ce gain de temps reposait, en premier lieu, sur une réelle autonomie d'action de l'IPA, qu'ils valorisaient par rapport à celle de l'infirmier Asalée.

*« Elle plus autonome qu'une infirmière Asalée, elle sait examiner un patient et elle a la capacité de prendre des décisions. Elle appelle elle-même les spécialistes, les secrétaires de cabinets, en me retranscrivant ce qui a été dit à chaque fois donc elle a une vraie autonomie quoi ! » (M4)*

Ensuite parce que la collaboration avec l'IPA offrait une plus grande flexibilité dans leur organisation au travail.

*« Ça libère forcément du temps parce que ce patient qui décompense à la maison de retraite, si je n'ai pas le temps, on peut du coup s'organiser autrement. Elle va aller le voir au moment où elle devait passer à la maison de retraite et finalement ça me libère du temps. » (M9)*

Ce gain de temps leur permettait de se focaliser sur les cas plus complexes.

*« C'est un glissement de tâches important qui permet de dégager du temps pour autre chose, les cas plus difficiles par exemple. » (M5)*

Ils pouvaient également accorder plus de temps et d'attention à chaque patient.

*« En fait, travailler seul, ça m'aurait poussé moi à voir les gens beaucoup plus rapidement en allant moins au fond des choses. » (M2)*

Par ailleurs, cette collaboration fluidifiait leur pratique au quotidien.

*« Dans ma pratique, ça me permet de perdre moins de temps, c'est plus efficace quoi ! » (M1)*

Enfin, ils se sentaient plus sereins car ils se savaient épaulés par l'IPA pour clarifier les situations qui, par leur complexité, s'avéraient trop chronophages à gérer seul.

*« En fait, c'est une autre personne qui peut vraiment être utile pour les cas difficiles où je sens que ça va me prendre vraiment trop de temps. » (M4)*



### c. Un parcours de soin sécurisé

Les médecins souhaitaient abandonner l'exercice solitaire, tombé en désuétude selon eux.

*« J'ai fait vingt-huit ans sur mes trente ans d'exercice isolé, j'en ai vu les limites. » (M7)*

Ils appelaient à une coordination des professionnels de santé en raison d'une complexification des soins, corollaire du vieillissement de la population.

*« On change d'époque parce que les personnes vivent de plus en plus longtemps. L'exercice isolé a fait son temps parce que les pathologies complexes explosent, l'âge augmente. Plus vous avez de gens âgés qui ont des pathologies complexes, plus ça touche plein d'organes, plus ça touche plein de professionnels donc si on n'est pas coordonné en équipe, on ne peut pas s'en sortir, ce n'est pas possible. » (M6)*

Pour eux, l'exercice solitaire n'incitait pas le médecin à une réflexivité sur sa propre pratique, l'exposant ainsi à un risque d'erreur médicale et de judiciarisation.

*« Je crois que c'était un des risques de l'exercice libéral seul, d'avoir des travers et de partir pendant trente ans à faire n'importe quoi, sans se poser de questions. » (M2)*

Ils valorisaient le travail en interdisciplinarité car il permettait de sécuriser les soins.

*« L'intervention de plusieurs personnes en un même lieu sur une même pathologie apporte une expertise supplémentaire et donc une réassurance supplémentaire. Quand on est ensemble pour prendre des décisions c'est mieux, ça ne veut pas dire qu'on solutionne tout, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'erreur mais on a moins de risque d'erreurs. » (M6)*

C'est dans ce sens qu'ils considéraient l'IPA comme une ressource supplémentaire pour sécuriser d'autant plus les prises en charge.

*« Pour les patients, collaborer avec un IPA apporte une sécurité de plus. » (M9)*

Un médecin soulignait la capacité de l'IPA à prévenir les hospitalisations évitables.

*« Comme je ne peux pas passer très souvent au domicile pour suivre ces patients, ça a permis à certains moments de régler des problèmes. Si on ne les avait pas résolus, il est probable qu'il y aurait eu hospitalisation pour mourir à l'hôpital. » (M5)*

Un autre valorisait sa capacité à assurer la continuité des soins lorsqu'il était déjà mobilisé.

*« Elle est venue s'installer à côté de moi et elle a permis de prendre en charge les patients chroniques pendant que je m'occupais plutôt de l'aigu, avec les suspicions covid. » (M2)*

## **2. Une transformation du rapport au travail**

### **a. Une amélioration de la pertinence des actes**

Des médecins déploraient le manque de pertinence des actes, eu égard à leur expertise.

*« Quel est l'intérêt d'aller faire un certificat de sport en deux minutes ? C'est absurde, ce n'est pas pour ça qu'on vous a fait médecin quoi ! Si on est médecin c'est pour faire de la médecine, ce n'est pas pour faire du bricolage. [...] Je pense qu'on est actuellement dans une médecine où on soigne beaucoup les bien portants. » (M5)*

D'autres exprimaient un sentiment de lassitude dans leur travail quotidien.

*« Passer quinze minutes pour une consultation de diabétique à faire une checklist qui est rébarbative, pénible... » (M7)*

Le contexte sanitaire avait ainsi suscité, chez les médecins, un questionnement sur leur propre pratique et l'organisation des soins premiers.

*« Si tu veux, les histoires de démographie ou d'accessibilité médicale nous font systématiquement interroger notre organisation, nos pratiques. [...] La vraie question c'est : est-ce qu'on est obligé de tout faire quand on est toubib ? » (M3)*

Ils appelaient ainsi à une plus grande pertinence des actes médicaux.

*« Je pense qu'il faut se recentrer sur ce qui est médical. [...] Notre boulot, c'est de donner un avis médical sur un problème médical. » (M5)*

C'est dans ce sens qu'ils légitimaient la délégation du suivi des patients chroniques à l'IPA.

*« Je pense aux maladies douloureuses chroniques, aux diabétiques ou les choses qui n'ont pas forcément besoin d'être vues par un médecin tous les mois ou tous les trois mois. » (M2)*

De leur côté, ils aspiraient à faire évoluer leur pratique en coordonnant les soins.

*« Moi je me vois comme le recruteur sur toutes les pathologies chroniques et le facilitateur du transfert d'actes qu'on va déléguer à l'IPA, en quelque sorte. » (M7)*

En réinventant ainsi leur pratique, ils redonnaient du sens à leur travail.

*« Ce que ça change au quotidien ? Énormément de choses. J'ai beaucoup plus de plaisir à travailler différemment, voir le métier de généraliste d'une façon différente parce que finalement on a beaucoup de collaboration, on peut orienter, enfin c'est un travail neuf hein ! » (M7)*

### **b. Une amélioration des pratiques professionnelles**

Les praticiens faisaient preuve de réflexivité sur la qualité du parcours de soin actuel.

*« On peut dire qu'on va être bientôt des gens qui vont faire de la supervision et qui vont tout déléguer mais je pense que le travail peut être mieux fait aussi. » (M7)*

Ils aspiraient ainsi, par cette collaboration, à optimiser les prises en charge.

*« Moi, ce que j'attends, c'est une meilleure efficacité de nos prises en charge. » (M1)*

Ils valorisaient le regard infirmier car ils voyaient, dans cette différence, une source d'enrichissement pour leur pratique.

*« Ça permet d'avoir un autre regard sur des situations compliquées. [...] Elle a le regard d'une infirmière qui a des connaissances très pointues dans certains domaines et elle nous apporte ce regard là à nous médecins qui avons notre regard sur notre pratique, nos patients. » (M1)*

Ils envisageaient ainsi l'approche de l'IPA comme complémentaire.

*« On a aussi besoin d'une expertise avec un œil différent, c'est une expertise complémentaire. Quand je dis ça, je ne dis pas que je suis meilleur que l'IPA ou qu'elle est meilleure que moi, on est complémentaires. » (M6)*

Ils soulignaient la remise en question qui découlait des échanges de pratique avec l'IPA et le voyaient comme un moyen de s'améliorer au quotidien.

*« Alors ce qui est intéressant et ça c'est ce qu'il se passe aussi avec les internes, c'est que lorsque je fais quelque chose, elle me demande « Pourquoi tu as prescrit ça ? Pourquoi tu as mis cette statine en prévention primaire chez ce mec-là ? » et du coup ça permet aussi de se remettre en question. [...] C'est hyper intéressant. » (M10)*

### **c. Une approche centrée patient**

Les médecins interrogés rejetaient le modèle paternaliste traditionnel.

*« Je pense que ni elle (IPA) ni moi ne sommes tout à fait satisfaits avec le modèle ancestral du médecin seul avec son cabinet et tous ses patients qui l'attendent comme le sauveur. » (M2)*

Ils aspiraient, par cette collaboration, à adopter une démarche centrée autour du patient.

*« L'objectif, à la base, c'est de mettre le patient au centre. » (M7)*

Cette approche supposait le renforcement des compétences du patient sur sa maladie chronique. Ils attendaient de l'IPA de fournir un soutien informationnel et éducatif au patient.

*« Elle va pouvoir réexpliquer des choses que le patient n'a pas compris. » (M1)*

Cela nécessitait également un investissement du patient, qui doit apprendre à vivre avec et comprendre sa maladie. En l'éduquant, ils soulignaient la capacité de l'IPA à rendre le patient acteur de sa santé et ainsi favoriser son adhésion aux soins.

*« On travaille sur le renoncement aux soins et on fait adhérer le fait qu'une IPA permet l'adhésion du patient à sa maladie, l'acceptation. Il devient acteur plus facilement de sa maladie. Il s'approprie la maladie parce que les patients entendent plusieurs voix au sein de la MSP concernant leur maladie par le néphrologue, par la coordinatrice, par l'IPA, par un médecin, par un assistant médical ou bien par leur infirmière. » (M6)*

Cette approche supposait également une personnalisation des soins. Ils valorisaient le temps que consacrait l'IPA aux patients car il pouvait mieux appréhender leurs besoins.

*« J'ai trouvé aussi qu'elle passait beaucoup de temps avec les patients et qu'elle allait rencontrer les gens chez eux, du coup elle comprend mieux leurs besoins. » (M4)*

Ils soulignaient sa capacité à coordonner les différents acteurs gravitant autour du patient.

*« Ce que je trouve intéressant, c'est le lien qu'elle peut faire dans le quartier avec les différentes structures, les différents intervenants, la pharmacie, les infirmières qui travaillent sur le quartier donc elle est un peu notre lien. Elle est le lien aussi avec les associations de patients, les réseaux de santé qui sont mis en place sur la ville donc elle fait ce lien là et je trouve que c'est intéressant de le développer ce lien qui est fait, elle le fait super bien. » (M1)*

Enfin, les médecins manifestaient un certain épanouissement professionnel à personnaliser les soins en fonction des besoins individuels de chaque patient.

*« J'ai l'impression de faire un travail plus adapté à chaque patient, d'être plus dans l'adaptation à ce qu'il demande, à ce qu'on peut éventuellement faire et c'est très satisfaisant. » (M1)*

### **3. Un esprit pionnier**

Les médecins interrogés avaient été pionniers dans de nombreux domaines du soin.

*« Nous on a pris une infirmière Asalée en 2014, on était dans les premiers et maintenant tout le monde se les arrache (rires). On était quand même plutôt pionniers à l'époque quoi ! » (M4)*

Ils voyaient cette expérimentation comme un préambule à la pratique future.

*« Je pense que c'est assez innovant, c'est une certaine ouverture sur la pratique future. » (M9)*

Ils faisaient preuve d'une certaine ouverture d'esprit.

*« Au sein du cabinet, il n'y a pas eu de freins, on est tous assez ouverts. Tout le monde travaille depuis longtemps dans cette optique là avec Asalée. » (M1)*

Ils aspiraient à innover les pratiques en soins premiers.

*« Qu'est-ce qui a aidé ? Bah le fait de vouloir, d'avoir envie aussi de lancer une nouvelle dynamique. » (M2)*

Ils faisaient preuve d'optimisme quant à la poursuite de cette collaboration.

*« C'est une collaboration très positive, extrêmement positive. Moi j'ai beaucoup de mal à trouver les côtés négatifs des choses quand je suis enthousiaste sur quelque chose (rires). » (M1)*

Face aux difficultés, ils n'abandonnaient pas et faisaient preuve de résilience.

*« Quand on est dans un côté pionnier, innovation, on essuie des plâtres, on est sous le feu des critiques, des peurs, du dénigrement, du déni mais le fait est qu'on avance. » (M6)*

Pour eux, l'innovation n'était ni le résultat du hasard ni le fait d'individualités mais le fruit d'une dynamique collective et organisée.

*« C'est un aspect de projet collectif, d'équipe, qui a fait à un moment donné le choix de se dire dans ce contexte de désertification et à de tension démographique relative, ayant sous le coude une candidate parfaitement capée, on s'est dit « Allez, il faut y aller, vas-y ! » » (M3)*

Enfin, ils voyaient la crise sanitaire de façon positive car, en mettant en lumière les difficultés du secteur de la santé, elle avait servi de catalyseur d'innovations.

*« Moi je suis content de la crise actuelle (rires) car elle fait bouger les lignes. C'est un moment idéal pour faire avancer les choses ! L'IPA en est une, il y en a d'autres à faire avancer. [...] Il y a vraiment une fenêtre de tir extraordinaire pour que les choses changent. » (M5)*

## **B. L'implication du collectif pour l'intégration du rôle**

### **1. Une intégration complexe au sein du collectif**

#### **a. Une tension concurrentielle sur les actes**

Au sein de leur MSP, les médecins les moins jeunes s'étonnaient de rencontrer un choc intergénérationnel dans la motivation à collaborer avec un IPA.

*« Alors ce qui est curieux, autant les anciens médecins fonctionnent bien avec l'infirmière IPA, autant les jeunes il n'y a pas moyen (rires). [...] Il y a un conflit de générations ! » (M5)*

Ces derniers ressentait une certaine appréhension chez leurs jeunes collègues, qui craignaient de voir leur activité diminuer.

*« Cette crainte des jeunes médecins généralistes de notre MSP, c'est la même problématique qu'on a eu avec les jeunes rhumatologues de la structure. Quand on a annoncé qu'elle allait travailler sur l'ostéoporose, bah je pense que c'est la crainte de dire « Mais en gros c'est mon travail, si je délègue je vais perdre des actes ! ». (M7)*

Les jeunes médecins considéraient cette délégation de tâches comme une injonction paradoxale en début d'activité, expliquant cette différence de perspectives.

*« Pour un jeune qui s'installe, tu as l'IPA qui voit tous les chroniques, la patientèle elle est où quoi ? Elle n'est pas extensible quoi ! Tu es un médecin bientôt à la retraite, le mec se dit « J'ai travaillé trente ballais, c'est bon je travaille à mi-temps, je suis content. » Tranquille quoi. » (M8)*

Les médecins les moins jeunes appelaient leurs jeunes confrères à faire de preuve de lucidité par rapport à la charge de travail actuelle et se voulaient rassurants sur leur activité future.

*« En fait, cette crainte de perdre des actes des jeunes médecins est une réflexion qui n'est pas la réalité je pense, vu le travail qu'on a. Ça aurait pu être vrai à une certaine période de la médecine mais maintenant on n'a pas de problèmes à déléguer hein. » (M7)*



Ils craignaient également des tensions avec leurs collègues infirmiers libéraux.

*« Je me demande si, quelquefois, ça ne pose pas question auprès des infirmiers libéraux parce qu'elle est aussi infirmière libérale donc du coup une espèce de tension potentielle. [...] Je me dis que c'est potentiellement source de conflits, notamment sur les actes. » (M9)*

### **b. Un positionnement ambigu et une méconnaissance du rôle**

Les médecins interrogés soulignaient la continuité entre le rôle de l'infirmier Asalée et IPA.

*« Pour moi, l'IPA c'est le prolongement d'Asalée. » (M4)*

Cependant, cette continuité générait une confusion parmi les membres du collectif, dont l'IPA lui-même, expliquant leur difficulté initiale à comprendre le positionnement du rôle.

*« Elle travaille à temps partiel chez nous en tant qu'IPA, en parallèle de son poste Asalée. C'était ça qui était un peu compliqué à comprendre pour nous de ce qui ressortait de sa casquette d'IPA et Asalée, même s'il y a pleins de choses qui se recroisent. [...] En fait, c'est quand même un peu flou cette casquette IPA, ça l'était pour elle aussi au début. » (M9)*

Ils sentaient que leur collègue IPA cherchait sa place au sein du collectif.

*« On sent qu'elle a besoin, parfois, de redire son rôle aux membres de la MSP ou de se le dire aussi. » (M1)*

Par ailleurs, ils constataient une méconnaissance du rôle chez certains de leurs collaborateurs.

*« Alors ça n'a pas duré longtemps mais au début les laboratoires et les pharmacies ont eu du mal avec les ordonnances parce que ce n'était pas un médecin qui l'avait fait, c'était une infirmière : « Comment ça une infirmière prescrit !? » » (M2)*

### c. Un scepticisme

Des jeunes médecins doutaient de la légitimité du rôle en soins premiers.

*« Aujourd'hui, je pense que l'IPA n'existe que parce qu'il n'y a pas assez de médecins. Si aujourd'hui dans ma MSP on était dix médecins, quel est l'intérêt d'avoir un IPA ? Elle aurait une activité pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas de médecins, c'est soit ça soit rien ! » (M8)*

C'est dans ce sens qu'une jeune médecin remettait en question l'arrivée d'un IPA dans son secteur, bien pourvu en médecins.

*« Moi j'appréhendais un peu, n'étant pas sous dotés médicalement, je me disais « Mais à quoi ça va servir quoi ? » enfin quand on voit dans les côtes d'Armor par exemple où il y a clairement un manque de médecins, moi j'avais l'impression d'être un enfant gâté. » (M4)*

À l'inverse, leurs aînés, par leur expérience et leur recul, défendaient sa place.

*« Les jeunes n'ont pas le recul que moi, vieux médecin, je peux avoir. J'ai tout de suite vu dans l'IPA un intérêt pour le suivi des chroniques qu'on a du mal à assumer. » (M7)*

Un médecin remettait également en question les compétences cliniques de l'IPA.

*« Le problème c'est que là, dans sa consultation, je ne vais pas voir l'examen clinique qu'elle a fait, est-ce qu'elle est allée chercher les pouls ? Ecouter les souffles carotidiens ? Palper la thyroïde ? Je ne suis pas là pendant ses examens cliniques moi. » (M8)*

Il rappelait la complexité de certaines consultations de renouvellement en raison de la multiplicité des motifs, craignant ainsi que l'IPA n'omette un élément important.

*« Je me disais toujours, si elle ne dépiste pas de fibrillation auriculaire à l'examen ou un signe à la c.. à l'interrogatoire qu'elle ne prend pas en compte. Un renouvellement bah ce n'est pas forcément qu'un renouvellement. Il y a parfois un petit signe à la c.. qui va nous mettre la puce à l'oreille sur quelque chose quoi. » (M8)*

Une praticienne avait eu l'expérience d'une errance diagnostique pendant le suivi et l'associait à un manque d'expérience clinique chez son collègue IPA.

*« J'ai l'exemple d'une dame avec un élément intercurrent qui n'a pas été pris suffisamment au sérieux parce que manque de connaissances hein. Elle avait un cancer du sein visible à la peau mais quelqu'un qui n'en a jamais vu chez une dame de 95 ans, ce n'est pas forcément évident de le détecter en fait. Voilà, ça s'est résolu mais on a eu une perte de temps. » (M9)*

Elle le justifiait par un décalage qu'elle avait ressenti entre la formation, trop théorique selon elle, et la réalité pratique en ambulatoire.

*« Quand elle était en formation, c'était un peu compliqué. Elle revenait des cours avec plein de questions hyper théoriques sur des modules avec des explications en néphrologie qui me dépassaient complètement, qui étaient du coup très loin de la pratique qu'on avait. » (M9)*

#### **d. Une responsabilité partagée**

Les jeunes médecins s'inquiétaient d'une responsabilité partagée avec l'IPA.

*« On discute ensemble des situations, des orientations qu'on va faire mais on reste quand même responsable de ce qui est fait. Voilà, c'est une responsabilité qui est quand même très partagée quoi ! » (M1)*

En prenant l'initiative de déléguer le suivi à l'IPA, un jeune médecin craignait que les potentielles erreurs lui soit imputables et que sa responsabilité devienne engagée.

*« Il y a la responsabilité de l'infirmière aussi et la mienne aussi par ricochet, c'est-à-dire qu'elle fait un renouvellement de patient, le patient décède deux jours après, ce n'est pas moi qui l'ai examiné, c'est elle qui l'a examiné donc quelle est sa responsabilité ? Bah en soit c'est son problème à elle mais la mienne en différé, c'est-à-dire que la famille du patient va me dire mais « Attendez docteur, ce n'est pas vous qui l'aviez examiné alors qu'on voulait que ce soit vous quoi ! C'est vous qui avait dit dans trois mois, c'est l'IPA qui voit ma mère en consultation, vous n'avez pas besoin de la voir ». Vous voyez ce que je veux dire ? » (M8)*

À l'inverse, leurs aînés ne se souciaient pas de la responsabilité car ils considéraient l'IPA comme pleinement responsable de ses actes.

*« La responsabilité de l'IPA est pleine vis-à-vis du patient, c'est-à-dire qu'elle porte un message, un discours, une action donc il faut qu'elle soit pertinente là-dessus, faut pas qu'elle raconte n'importe quoi. J'allais dire comme tout le monde tu vois, c'est pas spécifique de l'IPA. » (M3)*

#### **e. Un statut remis en cause**

Un médecin ressentait, chez certains confrères, la crainte d'être supplantés par l'IPA.

*« Bah je pense qu'il y a une crainte d'avoir des médecins au rabais, c'est-à-dire qu'ils ont peur que l'IPA aille régler des problèmes qui ne passent plus par le médecin généraliste. » (M5)*

Un autre praticien soulignait la difficulté de remise en question du corps médical.

*« Finalement, le plus compliqué pour le médecin, c'est d'admettre qu'il n'est pas en intervenant unique ou exclusif sur le patient. » (M3)*

Les médecins les moins jeunes l'attribuaient des études médicales prônant l'individualisme et l'élitisme.

*« En médecine générale, on n'a jamais favorisé le travail en groupe et de coordination. Les études n'ont pas été faite pour ça. Vous avez été formaté pour travailler seul et résoudre les problèmes seul. En plus, c'est un travail où on est en compétition les uns des autres du début à la fin des études et c'est pire à la fin jusqu'en sixième année. » (M5)*

D'autres y voyaient le refus de partager le monopole du diagnostic et de la prescription, attributs même de l'autorité médicale.

*« Pour certains médecins, c'est derrière la peur de perdre du pouvoir entre guillemets ou ce qui s'apparenterait à du pouvoir. [...] Quelque part, dans leur schéma à eux, ce n'est pas normal qu'une IPA puisse faire des ordonnances, peut prescrire et ça faut l'accepter. » (M6)*

## **f. Les contraintes de la réorganisation**

Certains praticiens interrogés regrettaient la charge de travail supplémentaire induite par les temps de collaboration avec l'IPA.

*« Cette communication avec l'IPA, c'est un travail en plus ça. » (M5)*

Un médecin redoutait une complexification de ses motifs de consultation et, par conséquent une charge mentale supplémentaire.

*« Toute la journée, vous n'avez que des consultations complexes avec des patients psy, des fibromyalgiques, des dépressifs et vous ne voyez jamais de patients chroniques, vous finissez la tête comme ça ! » (M8)*

Une autre praticienne avouait ses difficultés à espacer le suivi car elle craignait de perdre le lien avec ses patients et ainsi se mettre en difficultés lors de l'unique consultation annuelle.

*« C'est quand même compliqué de se dire qu'on reverra le patient qu'une fois par an, enfin il se passe tellement de choses, après on perd vraiment le fil quoi avec nos patients. » (M9)*

Un de leur aînés y voyait plutôt un manque d'expérience chez ses jeunes collaborateurs.

*« En fait, je comprends peut-être un petit peu. Quand on est jeune médecin, on a besoin de se faire sa clientèle et on n'aime pas qu'une autre personne intervienne sur ses patients parce qu'on n'a pas encore complètement la maîtrise, on ne les connaît pas bien ces patients. Toute une série de freins qui font qu'ils ont (les jeunes médecins) du mal à l'intégrer. » (M5)*

## **g. Une résistance des patients**

Les médecins faisaient face à un refus chez une partie de leur patientèle.

*« Alors parfois, ça revient de temps en temps, il y a des patients qui revendiquent leur droit à voir le médecin à chaque fois et pas un coup l'infirmière, un coup le médecin. » (M2)*

Certains ressentaient une préférence médicale chez ces patients réfractaires.

*« Il n'empêche qu'il reste ce truc qu'ils aiment bien avoir leur médecin référent. » (M9)*

Ils l'expliquaient par l'importance de la place du médecin dans ce colloque singulier.

*« Il y a beaucoup de personnes pour qui, le médecin, c'est le confident. » (M6)*

Un médecin rural l'imputait à une relation de soin paternaliste, profondément ancrée parmi les habitants de son village.

*« On travaille dans un endroit un peu reulé donc il y a aussi des vieilles images d'Epinal du docteur qui serait un peu tout puissant, c'est quelque chose contre lequel je me bats beaucoup (rires). » (M2)*

D'autres médecins le justifiaient par une confusion chez les patients quant à cette nouvelle organisation.

*« Il y a une difficulté, ce sont les patients qui ne sont pas forcément en compréhension du parcours parce que le parcours est compliqué. Voir le médecin, voir l'infirmier, pourquoi faire ? Comment faire ? Enfin bon voilà, qu'est-ce qu'il attend de moi ? Ce n'est parfois pas très simple pour les patients de piger cette alternance d'évaluation de prise en charge qu'on a. » (M3)*

## **h. Une fragilité du statut**

Pour les médecins, le statut de l'IPA s'avérait fragile à plusieurs égards. D'une part, les médecins constataient les difficultés financières de leur collègue IPA.

*« Je crois que notre gros frein, c'est au niveau de sa rémunération, de son forfait qui n'est pas viable financièrement. » (M2)*

Certains craignaient que le modèle économique soit, à terme, dissuasif pour leur collègue.

*« Cette tarification peut être complètement décourageante et faudrait pas que cette belle idée disparaisse à cause d'une donnée économique. » (M6)*

Ils se révoltaient face à cette déconsidération et appelaient à une revalorisation.

*« Pour eux, c'est la douche froide. Quand on a des IPA qui sont obligés de travailler à côté parce que leur nouveau métier, pour l'instant, ne leur rapporte pas assez mais ça je trouve que ce n'est pas normal ! [...] Il faut qu'ils puissent vivre de leur métier. » (M6)*

Ils considéraient ce modèle inadapté car il engendrerait une tension concurrentielle.

*« Comment le médecin peut coopérer avec quelqu'un si, quand il délègue du boulot, il en perd ? Dans le modèle à l'acte, si c'est l'infirmier qui fait l'acte, ce n'est pas le toubib. Il a aucune raison de coopérer avec l'infirmier. [...] Ce modèle économique est complètement absurde, il ne marchera pas. » (M3)*

D'autre part, ils jugeaient le cadre réglementaire restrictif. En effet, ils soulignaient la totale dépendance de l'activité de l'IPA à la leur.

*« Elle m'a demandé si, potentiellement, je pourrais être intéressée parce que voilà, c'était bien de faire la formation mais il fallait que derrière il y ait des gens qui prescrivent et qu'il y ait une collaboration mise en place. » (M10)*

Enfin, ils déplorait le manque d'autonomie en matière de prescription de leur collègue IPA.

*« Pour l'instant, par rapport aux prescriptions, ça reste encore limité. » (M1)*

## **2. La réponse du collectif**

### **a. L'instauration d'un climat de confiance**

Les médecins interrogés exprimaient le besoin d'établir une relation de confiance avec l'IPA avant de pouvoir déléguer le suivi de leurs patients. Pour eux, faire confiance n'allait pas de soi.

*« Faut faire confiance à quelqu'un, vous déléguez quand même un patient hein, donc ce n'est pas toujours évident. » (M5)*

Certains médecins avaient déjà confiance en l'IPA dans la mesure où ils avaient l'habitude de collaborer au sein du collectif.

*« L'histoire, c'est qu'on connaît cette infirmière et je pense que c'est très important dans la collaboration avec une IPA. [...] C'est plus facile parce que je la connais. » (M9)*

Cependant, la plupart des médecins interrogés avaient eu besoin de créer cette relation de confiance en amont de l'intégration, notamment en s'impliquant lors du stage de l'IPA.

*« Il se trouvait qu'elle était venue en stage et ça c'était important. Le fait d'avoir fait le stage en amont a été très important. » (M7)*

En s'impliquant dans le mentorat de leur collègue, des médecins avaient pris conscience de la qualité de sa formation, renforçant la confiance qu'ils avaient en lui.

*« C'est le constat que la formation était une vraie formation pointue, sérieuse, exigeante. Elle a fait du travail de recherche, elle a fait un mémoire compliqué, elle s'est mise à la bibliographie, elle a acquis progressivement un certain nombre des pratiques recommandées par l'EBM et donc la confiance, ça passe par là si tu veux. » (M3)*



Ils avaient appris à faire confiance en leur collègue IPA en établissant avec lui les limites de son champ d'action.

*« C'est une relation à deux donc on doit s'entendre sur une façon de prendre en charge et pas aller au-delà. » (M5)*

Enfin, ils développaient cette relation de confiance en remarquant sa capacité d'adaptation.

*« Elle nous met vraiment en confiance hein, elle s'adapte vraiment à chaque pratique. [...] Elle doit s'adapter à la personnalité de chacun et à la façon de travailler. Elle s'adapte à ma façon en fait un peu. » (M1)*

Parallèlement, les médecins veillaient à créer un environnement sécurisant pour leur collègue IPA qui recevait cette délégation de tâches.

*« Elle nous accordait aussi sa confiance, c'est une confiance réciproque. Elle savait qu'elle ne serait pas larguée avec des patients sans informations, des plans de soins à la con et des pratiques borderline. Elle savait qu'elle venait travailler dans un endroit pas mal. » (M3)*

#### **b. Une communication interprofessionnelle efficiente**

Afin de travailler en étroite collaboration et de manière efficiente, les médecins interrogés soulignaient l'importance d'une communication bilatérale.

*« Il y a beaucoup d'échanges en fait, c'est basé sur l'échange pour que ça fonctionne. » (M10)*

Pour les médecins, cela supposait de se rendre disponible à tout moment pour l'IPA.

*« C'est vrai que le lien est facile, c'est-à-dire que plusieurs fois par jour j'ai accepté de répondre au téléphone. Chaque fois qu'elle a besoin de valider un changement de posologie ou ces choses-là, ça il n'y a pas de soucis, je suis disponible. » (M2)*

Les médecins avaient fait en sorte de rapprocher leur cabinet avec celui de l'IPA afin de fluidifier leurs échanges et faciliter leur disponibilité pour leur collègue.

*« La cerise sur le gâteau, c'est que le cabinet est juste à côté, on a des portes à l'extérieur du cabinet et parfois on frappe à la porte l'un l'autre (rires) pour aller voir le patient entre deux : « Tiens j'ai vu untel, il y a cette chose-là » bah j'arrive j'veis voir, j'prends deux minutes. » (M6)*

Lors du stage au sein de la MSP, les médecins veillaient à acculturer l'IPA à une posture médicale, de façon à avoir un langage commun avec les autres membres du collectif.

*« Dès le début des études médicales, on nous apprend à raconter une histoire [...] alors que l'infirmière a plutôt une culture du reporting biométrique, de la surveillance et c'est une culture très différente. Il faut que l'IPA arrive à acquérir cette culture de l'histoire [...] la plus complète possible, la plus exhaustive possible, la plus neutre possible, la plus claire possible parce qu'on est dans une transmission de l'information au sein d'une collectivité professionnelle. » (M3)*

Enfin, ils signalaient la nécessité de fournir à l'IPA l'accès au même système d'information.

*« Elle doit bien évidemment être dans les mêmes conditions de partage de dossier, de partage d'information, de structuration du dossier que nous. » (M3)*

### **c. La clarification du rôle aux professionnels**

En constatant la confusion chez leurs collaborateurs, ils s'impliquaient à en clarifier le rôle.

*« Voilà, on sent que c'est long et que parfois il faut qu'on réexplique les choses. Il faut qu'on dise qu'on est d'accord, qu'on soutienne derrière. » (M1)*

Grâce aux explications de l'IPA, certains des médecins interrogés s'étaient senti rassurés de savoir que l'objectif n'était pas de les supplanter mais de travailler en complémentarité.

*« En tout cas, elle nous a expliqué son rôle et nous a clairement dit que le but n'était pas de prendre notre place et elle la clairement fait. » (M4)*

Ils constataient que la clarification du rôle avait permis de résoudre les potentiels conflits au sein de l'équipe, notamment auprès de leurs collègues infirmiers libéraux.

*« On leur (IDE libéraux) a présenté ce qu'on attendait d'elle, ce qu'elle allait faire. A partir du moment où ils ont compris ça, il n'y a plus eu de doutes. Elle est venue se présenter et a présenté son travail et ça s'est très bien passé, il n'y plus eu de problèmes. » (M7)*

#### **d. L'adhésion des patients**

Rencontrant une certaine méfiance, les médecins soulignaient la nécessité pour le binôme de gagner la confiance des patients.

*« Les patients qui acceptent ce suivi double ont besoin d'avoir confiance en nous deux. » (M2)*

Cela supposait, d'une part, de se faire connaître auprès des patients. Les médecins profitaient ainsi de leur proximité physique avec leur collègue IPA pour initier le premier contact.

*« La proximité avec l'IPA permet parfois de faciliter l'adhésion des patients qui peut être un frein quelque fois. Le fait de pouvoir dire : « Tiens mais l'IPA est là, je vais pouvoir vous la présenter, elle vous donnera un rendez-vous » et tout de suite le lien est fait. » (M7)*

Un médecin n'hésitait pas à faire preuve de paternalisme pour convaincre sa patientèle.

*« Moi j'ai la bouteille donc mes patients me font confiance quand je leur dis « Je vous confie à quelqu'un de bien, il n'y a pas de soucis. » C'est un peu le côté paternaliste du médecin qui a trente ans d'expérience, voir plus (rires). » (M7)*

D'autres médecins s'employaient à donner une visibilité physique et numérique à l'IPA, de sorte que les patients puissent prendre connaissance de son intégration.

*« Maintenant elle fait partie de notre équipe, elle a sa plaque, elle est sur nos ordonnanciers, sur notre site donc les patients commencent à comprendre qu'on travaille ensemble. » (M9)*

L'adhésion des patients supposait également la connaissance et la compréhension du rôle. Constatant une méconnaissance et une confusion chez leurs patients, les médecins s'impliquaient à en clarifier le rôle et à leur expliquer le bénéfice qu'ils pouvaient en tirer.

*« Il faut d'abord expliquer au patient pour qu'il y ait une véritable adhésion. Il n'y a aucune contrainte, on leur explique l'intérêt qu'ils peuvent avoir de cette collaboration, on leur présente le travail qu'elle va faire. » (M7)*

Enfin, ils veillaient à rassurer leurs patients car cette réorganisation pouvait générer chez eux un sentiment d'abandon de leur médecin.

*« Faut que le patient comprenne que ce n'est pas le docteur qui se débarrasse d'un patient pour le même à côté, c'est une extension hein. » (M6)*

Par la suite, les médecins remarquaient un engouement chez leurs patients qui étaient satisfaits d'avoir plus facilement accès à leurs soignants.

*« Ils se sont retrouvés chez elle, ça a pris de l'ampleur puis maintenant les gens sont contents, ils y retournent, ils y vont en alternance. [...] Certains patients disent aux autres « Ah mais moi j'ai vu l'infirmière, il n'y avait plus de disponibilités, j'ai eu un rendez-vous plus vite, elle a pris le temps. » et ça a pris ! » (M10)*

#### **e. Viabiliser la pratique avancée**

Constatant l'autonomie limitée de leur collègue IPA, les médecins appelaient à une accélération des mesures dans le but de viabiliser le rôle.

*« On est très demandeur que ça aille plus vite, qu'elle puisse prendre en charge plus rapidement les gens, même dans les prescriptions quoi. » (M1)*

Afin de résoudre la problématique financière des IPA, certains médecins souhaitaient une plus grande reconnaissance de leur statut, de sorte à l'aligner sur leur niveau de formation.

*« Il faut qu'elles soient reconnues comme étant IPA, c'est-à-dire qu'il y ait des conséquences derrière à leur formation, ne serait-ce qu'en terme de rémunération. » (M1)*

Pour surmonter la problématique de concurrence sur les actes, des médecins proposaient de revaloriser la consultation de médecine générale.

*« Faudrait revaloriser l'acte et mettre un C à cent euros et on prend une heure pour voir les gens. » (M7)*

Enfin, certains médecins interrogés faisaient partie de l'expérimentation nationale sur la rémunération au forfait des professionnels de santé. Ils justifiaient leur démarche par un manque de pertinence du paiement à l'acte et promouvaient le forfait global car il avait permis de partager les compétences au sein de leur collectif.

*« Au fond, cette espèce de paiement à l'acte, c'est un truc qui n'a plus aucun sens quoi. Avant il fallait faire du soin mais maintenant il faut qu'on fasse plutôt de la santé. Actuellement, dans aucune nomenclature professionnelle il y a de la prévention, de l'éducation thérapeutique. Donc moi, si tu veux, je pars de cette conviction-là au point que notre équipe est partie au forfait global. [...] C'est ce modèle-là qui permet de partager la compétence sans être en tension concurrentielle. » (M3)*

## DISCUSSION

### I. Résultats principaux

Le premier concept que nous avons défini est celui de l'intention : il reflète les objectifs et résultats attendus par les médecins généralistes à la suite de l'intégration du rôle.

Les médecins attendaient de l'IPA d'alléger leur pression au travail. Subissant les effets de la pénurie médicale, ils considéraient l'IPA comme un atout qui, par sa plus grande disponibilité, facilitait l'accès aux soins. Dans le même temps, ils déploraient la diminution du temps médical accordé à leurs patients. Par son autonomie d'action et la flexibilité qu'elle apportait au quotidien, l'IPA permettait de dégager du temps médical. Face à la complexification des soins, ils considéraient l'IPA comme une ressource supplémentaire pour sécuriser d'autant plus les prises en charge.

Ils attendaient également de l'IPA de transformer leur rapport au travail. Déplorant le manque de pertinence des actes médicaux courants, ils aspiraient à en redonner du sens en lui déléguant certaines tâches. Par ailleurs, ils valorisaient la complémentarité du regard infirmier et médical car elle permettait d'améliorer les pratiques professionnelles. Enfin, ils rejetaient le modèle paternaliste traditionnel et souhaitaient, par cette collaboration, adopter une démarche centrée autour du patient.

Le second concept que nous avons observé est celui de l'implication : il fait référence à la participation active des membres du collectif pour surmonter les différents obstacles.

L'intégration de l'IPA s'avérait complexe, d'autant plus que les médecins et les infirmiers du collectif semblaient parfois divisés entre eux. Des médecins étaient préoccupés par une perte d'activité, une responsabilité partagée, une remise en cause de leur statut, la perte de vue des patients et une complexification des consultations. Des médecins se montraient sceptiques quant au bien-fondé du rôle et aux compétences cliniques de l'IPA. Ces craintes étaient plus marquées chez les jeunes médecins interrogés que leurs aînés. Les praticiens rencontraient

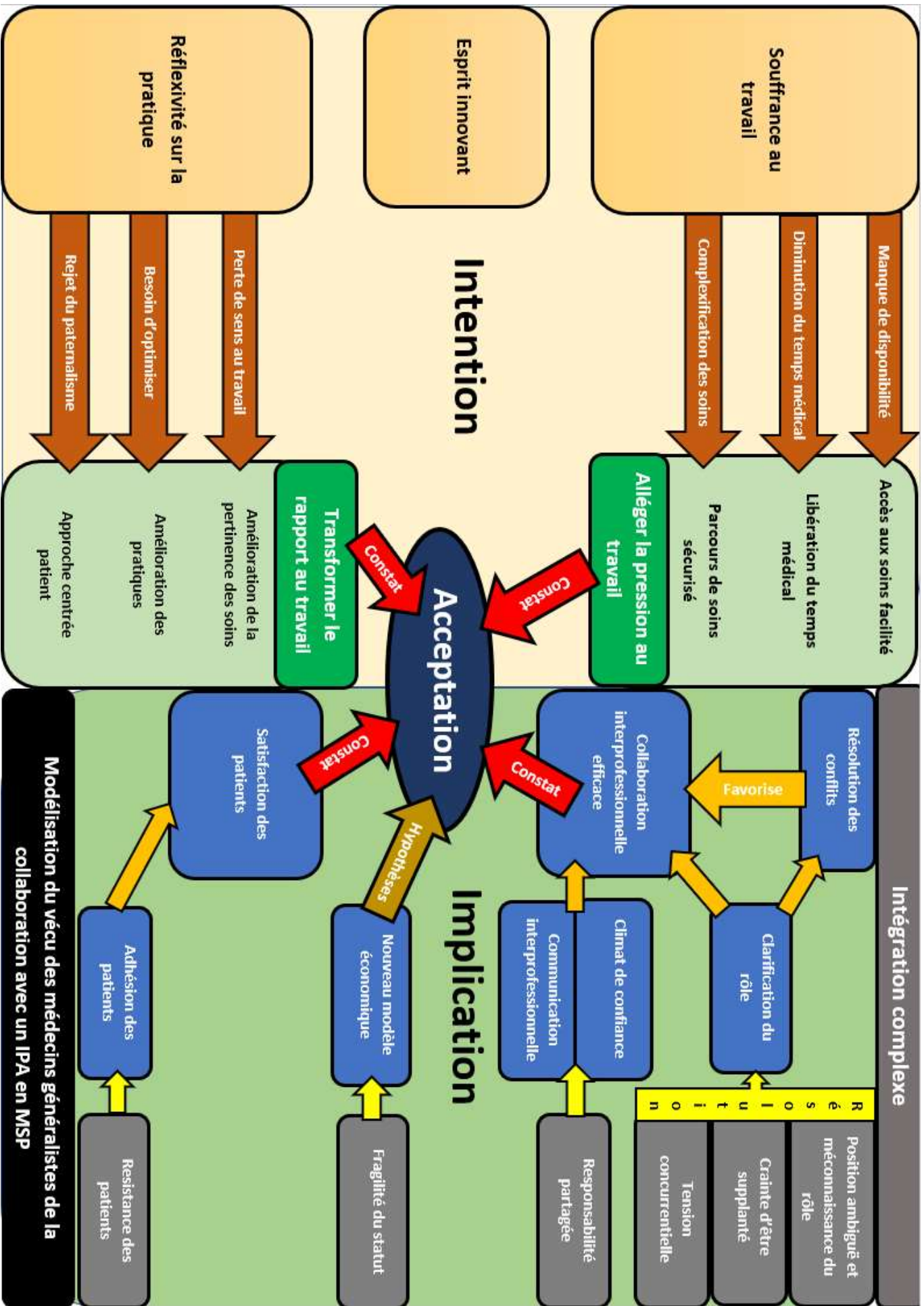
une résistance chez une partie de leur patientèle. Enfin, tous s'accordaient sur la fragilité du statut en raison d'une autonomie limitée et d'un modèle économique inadapté.

Lorsque de nouveaux rôles sont établis, l'intervention des médecins généralistes semblait alors cruciale pour en faciliter l'intégration. Afin de déléguer sereinement le suivi de leurs patients, ils instaurent un climat de confiance et une communication étroite. Constatant l'appréhension de certains collaborateurs et patients, ils veillaient à leur clarifier le rôle afin de résoudre les conflits et gagner leur adhésion.

Le troisième concept est celui de l'acceptation : il se rapporte à la reconnaissance du rôle et à la volonté de l'équipe à collaborer avec l'IPA.

Les praticiens avaient progressivement reconnu la valeur du rôle en constatant qu'il répondait à leurs attentes, suggérant un lien entre intention et acceptation.

Leur motivation à collaborer avec l'IPA avait grandi à mesure qu'ils s'apercevaient du bon fonctionnement de cette collaboration, de la résolution des conflits et de la satisfaction des patients, évoquant un lien entre implication et acceptation.





## II. Forces et limites de l'étude

### A. Limites de l'étude

Une recherche documentaire importante a été réalisée en amont des premiers entretiens. L'investigateur a donc débuté l'étude avec un *a priori* sur la thématique. Il a donc veillé à poser ses *a priori* en questionnant la question de recherche, en traçant ses questionnements dans un journal de bord et en suivant les critères de qualité COREQ-32 (annexe 5).

Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes et se voulait le moins directif possible. Néanmoins, il persistait au cours des entretiens des questions fermées en raison de l'inexpérience de l'enquêteur. Ces questions fermées pouvaient parfois orienter la discussion. L'investigateur a acquis de l'expérience au fur et à mesure des interviews et a ainsi pu affiner ses techniques d'entretien.

La plupart des entretiens ont été réalisés par visioconférence (en raison de la distance et de la pandémie Covid-19), ce qui a limité l'analyse du langage non-verbal chez les interviewés.

Le recrutement des participants était difficile en raison du faible nombre de praticiens collaborant avec un IPA sur le territoire français au moment de l'étude.

Cette étude s'est intéressée à un profil de médecins déjà habitués au travail collaboratif. Elle n'a donc pas pu explorer l'ensemble des points de vue des médecins généralistes français. Cette limite était un choix assumé lors de la définition de la question de recherche.

L'analyse de l'étude portait sur le vécu immédiat des praticiens. Celui-ci a pu évoluer *a posteriori* selon l'évolution de la collaboration et de la réglementation en vigueur.

Les médecins interrogés ont pu donner des réponses socialement acceptables, de peur d'être jugés. L'intervieweur a donc veillé à adopter une attitude de « neutralité bienveillante », de sorte que les participants ne se sentent pas jugés mais écoutés et compris.

La méthode de recrutement indirect (informateurs-relais IPA) a permis de faciliter la participation des médecins à l'étude. Cependant, la mise en relation par une tierce personne a

pu induire une auto-censure de la part du participant. L'investigateur a donc veillé, dès le début de l'entretien, à rappeler le caractère anonyme et confidentiel des données afin qu'il puisse s'exprimer librement.

## **B. Forces de l'étude**

La force de l'étude réside dans son caractère innovant. L'implantation des IPA en soins premiers étant récente, aucune étude française n'a exploré le vécu des médecins généralistes.

La méthode qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée correspondait probablement au schéma d'étude le plus adapté à l'exploration du vécu des médecins.

Une méthode stricte a été respectée afin de remplir les critères de scientificité des études qualitatives, résumés dans la grille COREQ-32 (annexe 5). 30 des 32 critères étaient validés.

Une recherche documentaire approfondie fut réalisée en amont, permettant de construire un guide d'entretien balayant l'ensemble des thématiques récurrentes dans la littérature. Chaque collecte de matériau induisait de nouvelles questions, ces questions orientant les collectes suivantes. Le guide d'entretien était donc évolutif au cours du travail de recherche (annexe 3 et 4).

Un échantillonnage dit théorique a été réalisé : la population étudiée était circonscrite par des recherches en amont de sorte à obtenir un échantillon défini, réduit et quasi exhaustif.

Aucun des interviewés n'a refusé de participer à l'étude.

Une relecture des entretiens a systématiquement été proposée aux participants.

La durée moyenne des entretiens était longue et jugée satisfaisante pour obtenir un retour d'expérience riche avec suffisamment de matériaux à analyser.

La saturation des données était obtenue après dix entretiens et vérifiée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. Enfin, une triangulation des données a été effectuée par un investigateur neutre (MS).

### **III. Confrontation des résultats à la littérature**

#### **A. Le concept d'intention**

##### **1) Un allègement de la pression au travail**

La première motivation des médecins de notre étude à collaborer avec l'IPA était d'alléger la pression qu'ils ressentaient au quotidien dans leur travail. Nous avons constaté que l'IPA semblait répondre à cette attente. Des études américaines montrent que l'intégration d'IPA dans les équipes de soins premiers peut jouer un rôle central dans l'allègement des pressions exercées sur les médecins (15,16,22,23).

Les médecins interrogés souffraient du manque de moyens humains et d'une surcharge au travail, engendrant un manque de disponibilité pour leurs patients. Ils considéraient l'IPA comme une ressource supplémentaire pour l'accès aux soins. Cette vision est partagée par des médecins généralistes d'une étude suédoise (10), américaine (17) et canadienne (24).

Dans notre étude, les médecins interrogés regrettaient la perte de temps médical accordé à leurs patients. Ils valorisaient le gain de temps dégagé par cette collaboration, temps qu'ils utilisaient pour la gestion de cas complexes. Nos résultats sont soutenus par ceux d'une étude américaine (16) et suisse (25) où les médecins généralistes profitent de ce gain de temps pour se consacrer aux cas plus complexes.

Un médecin de notre étude (annexe verbatims – MG5) rappelait cependant que l'IPA ne pouvait pas être l'unique solution à la libération du temps médical. Celle-ci se ferait surtout en diminuant la charge administrative en consultation. L'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a révélé que les médecins généralistes consacraient 20% de leur temps de travail hebdomadaire en tâches administratives (26). Celles-ci ne dépendant pas de l'activité de l'IPA, cela pourrait expliquer les réserves émises par ce praticien sur le gain de temps réellement dégagé par cette collaboration.

Le vieillissement de la population ayant pour corollaire la complexification des soins, les praticiens considéraient l'IPA comme une ressource supplémentaire pour sécuriser les soins.

Certains soulignaient la capacité de l'IPA à prévenir les hospitalisations évitables, à coordonner les équipes de soins palliatives et à assurer la continuité des soins. Une étude américaine a montré que l'IPA diminue le taux d'hospitalisations évitables et améliore les soins en fin de vie (27). Ces résultats doivent être interprétés dans le contexte du système de santé américain.

## **2) Une transformation du rapport au travail**

La seconde motivation des praticiens de notre étude était de changer leur rapport au travail.

Les médecins regrettaient le manque de pertinence des actes dans leur pratique quotidienne. En déléguant ces tâches à l'IPA, ils souhaitaient redonner du sens à leur travail. Dans l'étude néerlandaise de Van der biesen et al., des médecins voyaient une opportunité pour leur propre développement professionnel (28). Dans notre étude, les médecins exprimaient un épanouissement professionnel en assumant le rôle de coordinateur des soins. Cela corrobore les résultats d'une étude suédoise où les médecins généralistes voyaient leur rôle se transformer en coordinateur des soins et consultants auprès de l'IPA. L'intégration du rôle avait rendu leur travail d'équipe passionnant, stimulant et amélioré (10). D'après les médecins de notre étude, se consacrer uniquement aux consultations complexes et chronophages supposait de revaloriser la consultation pour être économiquement acceptable.

Les praticiens aspiraient également à une amélioration de la qualité des soins. Van der biesen et al. ont montré que l'amélioration de la qualité des soins constituait l'une des motivations premières des médecins généralistes néerlandais à collaborer avec l'IPA (28). Ils constataient que la complémentarité du regard infirmier pouvait améliorer la qualité des soins. Une étude américaine publiée en 2022 a montré que la qualité des soins fournis par l'IPA était équivalente à celle des médecins (29). Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des spécificités du modèle américain où le rôle de l'IPA est très proche de celui du généraliste.

Rejetant le modèle paternaliste, ils souhaitaient adopter une démarche centrée autour du patient. Ils reconnaissaient que l'IPA pouvait passer plus de temps avec les patients et ainsi mieux cerner leurs besoins. Dans l'étude suisse de Josi et al.(30), les médecins affirmaient que

l'IPA avait plus de temps à sa disposition pour les patients, ce qui, à son tour, semblait très apprécié par les patients. D'autre part, les médecins interrogés soulignaient la capacité de l'IPA à renforcer l'auto-gestion du patient sur sa maladie en lui apportant un soutien informationnel et éducationnel. Dans l'étude canadienne de Sangster-Gormley et al., les médecins reconnaissaient que l'IPA fournissait plus d'éducation et d'informations qu'eux sur l'auto-gestion de leur maladie chronique (24).

## **B. Le concept d'implication**

### **1) Une intégration complexe**

Les praticiens rapportaient la complexité de l'intégration du rôle dans le collectif. Cette notion a déjà été rapportée dans une étude canadienne (24) et suisse (30).

D'une part, ils l'expliquaient par une opposition médicale chez certains confrères généralistes ou spécialistes, exerçant le plus souvent en dehors de la MSP.

D'autre part, ils rapportaient une appréhension initiale chez leurs collègues infirmiers. Dans l'étude canadienne de Brault et al., l'arrivée de l'IPA avait généré une appréhension chez les infirmiers car certains avaient peur de perdre leur fonction dans l'équipe (31). Dans notre étude, les médecins évoquaient plutôt une concurrence potentielle sur les actes infirmiers.

Certains médecins interrogés exprimaient eux-mêmes des craintes. Étonnamment, celles-ci étaient plus marquées chez les jeunes médecins qui présentaient un comportement ambivalent, fondée sur l'insécurité entre les avantages et les inconvénients à collaborer avec l'IPA. Leurs aînés se montraient plus favorables à l'intégration du rôle. L'ambivalence des médecins a déjà décrite dans une étude internationale (18). Cependant, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de différences entre les jeunes médecins et leurs aînés. Les résultats de notre étude n'ont pas apporté d'éléments susceptibles d'expliquer cette différence.

L'appréhension des médecins était d'origine multiple : le manque de compréhension, la crainte d'une perte d'activité, d'être supplanté par l'IPA, d'une complexification des consultations, d'une surcharge de travail et enfin d'une responsabilité partagée.

Dans deux études suisses, les médecins expriment la crainte d'une perte d'activité (25,30). Cette similitude peut s'expliquer par le fait que les soins premiers français et suisses sont tous les deux presque exclusivement financés par le paiement à l'acte.

Dans l'étude canadienne de De Guzman et al.(32), les IPA soulignaient que le manque de compréhension de leur rôle était l'un des défis les plus récurrents avec les médecins. La méconnaissance du rôle a été décrite comme l'obstacle le plus courant à la collaboration entre médecins et IPA dans trois études canadiennes (33–35).

Wilson et al. ont constaté que les médecins généralistes britanniques se sentaient menacés dans leur rôle, s'inquiétaient de perdre leur statut professionnel et exprimaient une perte d'estime de soi (36). Les représentations de chaque corps de métier sont bousculées lors de l'apparition d'un nouvel acteur de santé. Les IPA, en apportant une autonomie accrue dans la pratique, pourraient remettre en question le domaine traditionnellement dominé par les médecins.

Dans cette étude britannique, les médecins s'inquiétaient aussi des conséquences pour l'IPA de concentrer les consultations « rapides et simples ». Ils soulignaient la nécessité de consultations « rapides » pour contrebalancer les plus « complexes », de sorte à minimiser leur stress sur leur journée de travail (36). Cette appréhension est également exprimée par les médecins généralistes néerlandais interviewés par Van der Biezen et al.(37).

Dans l'étude américaine de Fletcher et al., la contrainte la plus citée par les médecins généralistes était la charge de travail supplémentaire induite par la supervision de l'IPA (38).

La crainte d'une responsabilité partagée est retrouvée dans trois études canadiennes (33–35) et deux études britanniques (39,40). Un manque de clarté sur la responsabilité de chacun pourrait expliquer l'appréhension des médecins de notre étude. Dans l'étude suisse de Josi et al., la clarification sur les responsabilités de chacun permettait une plus grande délégation de tâches entre médecins et IPA (30).

Des médecins exprimaient un scepticisme quant aux compétences cliniques de l'IPA. Celui-ci a été décrit comme une barrière à la collaboration dans deux études britanniques (36,39). Ils justifiaient la complexité des consultations en raison de la multiplicité des motifs. L'étude ECOGEN a révélé que le patient français consultait en moyenne pour 2,7 motifs par consultation de médecine générale (41). Or, la gestion de plusieurs motifs est un élément expliquant la complexité de la pratique de la médecine générale. Dans une étude danoise, les médecins généralistes considéraient la consultation du patient multimorbide comme exigeante et difficilement déléguable aux infirmiers (42). Cela pourrait expliquer les réserves émises par certains praticiens de notre étude à déléguer de telles consultations.

Enfin, ils rencontraient une résistance chez certains patients. Ils l'imputaient à une préférence médicale. Dans l'étude de Parker et al., les patients australiens acceptaient de consulter l'IPA pour des pathologies bénignes et courantes. En revanche, ils préféraient consulter le médecin généraliste pour les problématiques complexes, en cas de doute sur leur état de santé ou lorsqu'il existait un risque de rechute de leur maladie. Ils le justifiaient par la perception d'un niveau de formation différent entre ces praticiens (22).

## **2) La réponse du collectif**

Nous avons constaté que les médecins de notre étude s'impliquaient pour faciliter l'intégration de l'IPA. Dans deux études suisses, l'implication des médecins généralistes avait été cruciale pour l'implantation du rôle (25,30).

### **a. La clarification du rôle aux collaborateurs et la résolution des conflits**

Les praticiens constataient que la confusion et la méconnaissance du rôle provoquaient des tensions au sein de l'équipe. Certains collaborateurs médecins ou infirmiers craignaient d'être supplanté par l'IPA ou de perdre de l'activité. Les médecins de notre étude s'étaient alors impliqués à leur clarifier le rôle. La clarification du rôle a été décrite comme un des principaux leviers de l'intégration de l'IPA dans les soins premiers suédois (10), canadiens (24) et suisses (25,30).

Une fois le rôle clarifié, ils se réjouissaient de la résolution des conflits. Dans l'étude de Josi et al., les conflits entre médecins généralistes et IPA suisses avaient été résolus par la discussion et en montrant aux médecins les compétences et les missions de l'IPA (30).

#### **b. L'instauration d'un climat de confiance et d'une communication étroite**

Certains médecins de notre étude exprimaient des difficultés à déléguer des tâches car ils craignaient d'en partager la responsabilité. Ils exprimaient le besoin d'instaurer au préalable un climat de confiance réciproque avec l'IPA.

D'une part, ils attendaient de l'IPA de connaître ses propres limites. Dans l'étude suédoise de Lindblad et al., les médecins et IPA soulignent l'importance de la confiance mutuelle. L'IPA doit pouvoir demander de l'aide en cas de besoin, en échange les médecins généralistes doivent être sûrs que l'IPA le fera (10).

D'autre part, ils soulignaient la nécessité de connaître l'IPA avant de lui faire confiance. Dans notre étude, une partie des IPA travaillaient déjà au sein du collectif, l'autre partie avaient réalisé leur stage ambulatoire au sein de la MSP. L'expérience de collaboration antérieure a été décrite comme un levier à une collaboration réussie dans trois études canadiennes (33–35) et une étude britannique (36). Par ailleurs, l'importance du mentorat et du stage pour l'intégration sont soulignés dans une étude canadienne (24).

Des médecins de notre étude s'impliquaient dans sa formation et prenaient alors conscience de ses connaissances et compétences. Sangster-Gormley et al. observaient que les médecins canadiens avaient développé une plus grande confiance dans les capacités de l'IPA en constatant ses bonnes pratiques et ses connaissances (24).

Ils soulignaient la nécessité d'une communication bilatérale pour le bon fonctionnement de la collaboration. Ils se rendaient disponible pour l'IPA lorsque celui-ci présentait une difficulté ou une interrogation. Une étude suédoise (10) et suisse (30) rapportent également cette notion de disponibilité.



Ainsi, les praticiens de notre étude se sont impliqués à créer les conditions d'une collaboration efficace. Le National Interprofessionnal Competency Framework (NICF) est un outil d'analyse de la collaboration interprofessionnelle. Il a identifié la clarification des rôles, la résolution des conflits, la communication interprofessionnelle et le fonctionnement de l'équipe comme des compétences nécessaires pour une collaboration efficace (43).

### **c. L'adhésion des patients**

Rencontrant une résistance chez certains patients, ils s'impliquaient à leur expliquer le rôle. Ils constataient ensuite leur adhésion à cette nouvelle organisation. Josi et al. ont observé qu'une communication positive des médecins généralistes suisses à l'égard du rôle pouvait accroître l'adhésion des patients (30).

Les praticiens que nous avons interrogés encourageaient leurs patients à consulter l'IPA, comme les médecins généralistes d'une étude canadienne (24).

Un médecin de notre étude arrivait à convaincre ses patients dans la mesure où ils lui faisaient lui-même confiance. Dans l'étude de Stahlke et al., les patients étaient prêts à être suivi par un IPA lorsque cela leur avait été directement recommandé par un médecin (44). Le médecin jouerait donc un rôle clef dans l'adhésion du patient au suivi par l'IPA.

## **C. Le concept d'acceptation**

Le troisième concept, qui découle des deux autres, est celui de l'acceptation du rôle : celui-ci fait référence à la reconnaissance et à la volonté du collectif à travailler avec l'IPA.

### **1) Le lien entre intention et acceptation**

Au début de la collaboration, certains médecins exprimaient leur appréhension car ils ne savaient pas si le rôle allait répondre à leurs diverses attentes. Nous avons alors observé que cette appréhension se dissipait à mesure qu'ils constataient sa plus-value dans la pratique.

Il est donc légitime de penser que l'acceptation du rôle par les médecins généralistes dépendrait de la capacité de l'IPA à répondre à leurs attentes initiales.

### **2) Le lien entre implication et acceptation**

Après s'être impliqués à l'intégration du rôle, les médecins de notre étude se réjouissaient du bon fonctionnement de la collaboration, de la résolution des conflits et de l'adhésion des patients.

Seul un médecin de notre échantillon avait mis fin à la collaboration au moment de l'interview. Il avouait son manque d'implication dans la résolution du conflit avec l'IPA, notamment concernant la problématique de la responsabilité (annexe verbatims – MG 8).

Ceci nous amène à penser que le degré d'implication des médecins généralistes exercerait une influence positive ou négative sur leur acceptation du rôle.

Nous constatons un parallélisme avec l'étude canadienne de Sangster-Gormley et al. : l'acceptation du rôle par l'équipe est influencée par leurs intentions initiales sur le rôle. Elle dépend également de la compréhension progressive du rôle, du développement d'une relation de confiance et de la satisfaction des patients du suivi par l'IPA (24).

## **D. Les perspectives**

### **1) Viabiliser la pratique avancée**

Les médecins interrogés constataient la fragilité du rôle. Ils le justifiaient par un modèle économique inadapté, une autonomie limitée en matière de prescription et une totale dépendance de l'activité de l'IPA à la leur.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a publié un rapport en janvier 2022 intitulé « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé ». Celui-ci avance que « l'essor de la pratique avancée est contrarié à la fois par la dépendance au médecin qu'elle instaure pour l'accès à la patientèle et un modèle économique inadapté et sous-dimensionné ». Il conclut par ailleurs que « des mesures rapides sont impératives pour viabiliser et assurer l'attractivité de l'exercice en pratique avancée. » (45).

L'IGAS propose alors de mettre en œuvre des réformes, avec notamment :

- L'élargissement du périmètre d'intervention de l'IPA par la correction de textes interdisant aujourd'hui : les patients à consulter à leur initiative un IPA, aux IPA de primo-prescrire à leurs patients certains traitements (antalgiques, soins infirmiers / rééducation) ou prestations (avis d'arrêt de travail, bon de transport) ;
- La révision du modèle économique et du financement ;
- Un renforcement des aides à l'installation.

Ces mesures abondent dans le même sens que les propositions des praticiens de notre étude. Viabiliser la pratique avancée supposerait une révision du modèle économique actuel (annexe 2) et une plus grande autonomie d'action de l'IPA (annexe 1).

Certains médecins de notre étude participaient à l'expérimentation « Paiement en Équipe des Professionnels de Santé en ville » (PEPS) à l'initiative de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de la Direction de la Sécurité Sociale (46). Il s'agit du paiement au forfait global des professionnels de santé.

Ils promouvaient ce modèle car il permettrait aux professionnels de partager leurs compétences sans entrer en concurrence sur les actes.

Le Président de la République Emmanuelle Macron déclarait le 18 mars 2022 à Pau « *Je veux qu'on sorte progressivement de cette logique de la tarification à l'activité à l'hôpital ou de la rémunération exclusive à l'acte de nos médecins* », estimant que cette rémunération à l'acte « *ne correspond plus à la demande.* »

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a adopté le 22 octobre 2021 un amendement visant à ouvrir la primo-prescription pour des prescriptions médicales obligatoires aux IPA, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans trois régions (47).

Il semble donc possible que des réformes à venir puissent favoriser l'implantation du rôle dans les soins premiers français.

## **2) Poursuivre les études**

Cette analyse est un préambule à l'étude de la collaboration entre médecins généralistes et IPA en soins premiers français.

D'autres recherches devraient se concentrer sur la perception des patients quant à ce nouveau modèle de soins en ambulatoire.

Afin de garantir un développement positif et productif du rôle de l'IPA, une évaluation continue de la perspective des médecins généralistes, des IPA et des patients devrait avoir lieu.

Enfin, d'autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'impact de l'utilisation de ces professionnels de santé en soins premiers, notamment sur les résultats cliniques des patients.

## **CONCLUSION**

Cette analyse a permis de mettre en évidence qu'une intégration réussie de l'IPA dans les équipes de soins premiers nécessitait une acceptation du rôle.

Cependant, l'intégration était complexe en raison de conflits inter et intra-professionnels, d'une résistance des patients et de la fragilité actuelle du rôle. L'implication des médecins était alors cruciale pour gagner l'adhésion des équipes et des patients.

Nous avons observé que l'acceptation du rôle dépendait aussi de la capacité de l'IPA à répondre aux attentes des médecins généralistes. Ces derniers constataient que l'IPA pouvait alléger leur pression au travail et transformer leur rapport au travail.

Ce travail a permis d'identifier des pistes d'amélioration en vue de viabiliser la pratique avancée en ambulatoire.

D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces professionnels de santé en soins premiers français.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DREES. Les Français vivent plus longtemps mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. 2018.
2. Avis du Conseil économique, social et environnemental. Les maladies chroniques. 2019.
3. CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. 2021.
4. DREES. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. 2021.
5. DREES. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. 2020.
6. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*. déc 2016;26(6):927-34.
7. OCDE. Nurses in advanced roles in primary care : policy levers for implementation. 2017.
8. Rogers M. Global perspectives of advanced practice - Conseil international des infirmiers. 2018.
9. Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé - Article 119. janv 26, 2016.
10. Lindblad E, Hallman E-B, Gillsjö C, Lindblad U, Fagerström L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care-A qualitative study. *Int J Nurs Pract*. févr 2010;16(1):69-74.
11. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. déc 2019;20(1):163.
12. Dierick-van Daele ATM. The introduction of the nurse practitioner in general practice. [S.l.: s.n.]; 2010.
13. Drennan VM, Halter M, Brearley S, Carneiro W, Gabe J, Gage H, et al. Investigating the contribution of physician assistants to primary care in England: a mixed-methods study [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 [cité 2 janv 2022]. (Health Services and Delivery Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK259802/>
14. Lovink MH, Persoon A, Koopmans RTCM, Van Vught AJAH, Schoonhoven L, Laurant MGH. Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs*. sept 2017;73(9):2084-102.
15. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. oct 2015;27(5):396-404.
16. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 avr 2005;(2):CD001271.

17. Naylor MD, Kurtzman ET. The Role Of Nurse Practitioners In Reinventing Primary Care. *Health Aff (Millwood)*. mai 2010;29(5):893-9.
18. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Fam Pract*. déc 2013;14(1):132.
19. Busca E, Savatteri A, Calafato TL, Mazzoleni B, Barisone M, Dal Molin A. Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. *BMC Nurs*. déc 2021;20(1):171.
20. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer*. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2019. (Méthodes en sciences humaines).
21. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2017.
22. Parker R, Forrest L, Ward N, McCracken J, Cox D, Derrett J. How acceptable are primary health care nurse practitioners to Australian consumers? *Coll R Coll Nurs Aust*. 2013;20(1):35-41.
23. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2008;40(3):204-11.
24. Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Burge F. A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced? *BMC Nurs*. déc 2013;12(1):1.
25. Josi R, Bianchi M. Advanced practice nurses, registered nurses and medical practice assistants in new care models in Swiss primary care: a focused ethnography of their professional roles. *BMJ Open*. déc 2019;9(12):e033929.
26. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. *Le temps de travail des médecins généralistes* [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
27. Mileski M, Pannu U, Payne B, Sterling E, McClay R. The Impact of Nurse Practitioners on Hospitalizations and Discharges from Long-term Nursing Facilities: A Systematic Review. *Healthcare*. 28 avr 2020;8(2):114.
28. van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. déc 2017;18(1):16.
29. Barnett M, Balkissoon C, Sandhu J. The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. mars 2022;34(3):457-64.
30. Josi R, Bianchi M, Brandt SK. Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. *BMC Nurs*. déc 2020;19(1):1.
31. Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Contandriopoulos D, Chouinard V, Dubois C-A, et al. Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. *Nurs Res Pract*. 2014;2014:170514.
32. de Guzman A, Ciliska D, DiCenso A. Nurse practitioner role implementation in Ontario public health units. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. août 2010;101(4):309-13.

33. Way D, Jones L, Baskerville B, Busing N. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can.* 30 oct 2001;165(9):1210-4.
34. Legault F, Humbert J, Amos S, Hogg W, Ward N, Dahrouge S, et al. Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. *J Am Board Fam Med JABFM.* avr 2012;25(2):168-76.
35. Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *J Adv Nurs.* févr 2006;53(4):381-91.
36. Wilson A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care--the GP perspective. *Fam Pract.* 1 déc 2002;19(6):641-6.
37. Finlayson MP, Raymont A. Teamwork - general practitioners and practice nurses working together in New Zealand. *J Prim Health Care.* 1 juin 2012;4(2):150-5.
38. Fletcher CE, Baker SJ, Copeland LA, Reeves PJ, Lowery JC. Nurse practitioners' and physicians' views of NPs as providers of primary care to veterans. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* 2007;39(4):358-62.
39. MacDonald J, Katz A. Physicians' perceptions of nurse practitioners. *Can Nurse.* août 2002;98(7):28-31.
40. Long A, McCann S, McKnight A, Bradley T. Has the introduction of nurse practitioners changed the working patterns of primary care teams?: A qualitative study. *Prim Health Care Res Dev.* 1 janv 2004;5(1):28-39.
41. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : Étude des Éléments de la COnsultation en MÉdecine Générale [Internet]. 2014. Disponible sur: [file:///C:/Users/Charles/Downloads/2014\\_114\\_148\\_157\\_letrilliart.pdf](file:///C:/Users/Charles/Downloads/2014_114_148_157_letrilliart.pdf)
42. Moth G, Vestergaard M, Vedsted P. Chronic care management in Danish general practice - a cross-sectional study of workload and multimorbidity. *BMC Fam Pract.* déc 2012;13(1):52.
43. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework [Internet]. 2010 févr. Disponible sur: [https://drive.google.com/file/d/1Des\\_mznc7Rr8stsEhHxl8XMjgiYWzRIn/view](https://drive.google.com/file/d/1Des_mznc7Rr8stsEhHxl8XMjgiYWzRIn/view)
44. Stahlke S, Rawson K, Pituskin E. Patient Perspectives on Nurse Practitioner Care in Oncology in Canada. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* sept 2017;49(5):487-94.
45. Inspection Générale des Affaires Sociales. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé [Internet]. p. Janvier 2022. Disponible sur: [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome\\_1\\_rapport.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf)
46. Ministère des Solidarités et de la Santé, Assurance Maladie. Projet d'expérimentation nationale « Paiement en équipe de professionnels de santé en ville ». 2019.
47. Gouvernement français. Amendement n°2350 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°4523 pour 2022 [Internet]. oct 22, 2021. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4523/AN/2350.pdf>



48. Article R4301-1 à R4301-10 issus du Code de santé publique français relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers [Internet]. Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000037219810/#LEGISCTA000038554464](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000037219810/#LEGISCTA000038554464)
49. Avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie [Internet]. déc 30, 2019. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039749304>

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Cadre légal de la pratique avancée en France**

*Extraits des articles R4301-1 à R4301-10 du Code de la santé publique (48).*

#### **a) Le référentiel d'activités**

La législation française précise que la pratique avancée recouvre :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

#### **b) Le cadre d'exercice**

Les cadres d'exercice de l'IPA sont :

- En ambulatoire :
  - o Au sein d'une équipe de soin primaire coordonnée par un médecin (maison de santé ou centre de santé) ou d'une équipe de soins d'un centre de santé des armées coordonnée par un médecin des armées,
  - o En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires
- En établissement de santé, en établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe coordonnée par un médecin

#### **c) Les domaines d'intervention**

Cinq domaines d'intervention sont définis :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ;
- L'oncologie et l'hémo-oncologie ;
- La maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale ;
- La psychiatrie et la santé mentale ;
- Les urgences.

#### **d) La formation**

L'exercice en tant qu'IPA est réservé aux personnes ayant exercé au moins trois ans en équivalence temps plein en tant qu'infirmier titulaire d'un diplôme d'État d'infirmier.

La formation en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée se déroule en deux ans.

A l'issue de la première année, l'étudiant IPA devra choisir un des cinq domaines d'intervention.

Le diplôme est reconnu au grade universitaire de master.

La formation est organisée comme suit :

- Une première année de tronc commun qui pose les bases de l'exercice de l'IPA ;
- Une seconde année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.

#### **e) Le protocole d'organisation**

Les règles de collaboration sont régies par un protocole d'organisation entre le ou les médecins et le ou les IPA. Celui-ci est obligatoire pour clarifier les conditions de complémentarité interprofessionnelle et les modalités d'intervention de l'IPA auprès des patients. Il doit préciser :

- Le domaine d'intervention de l'IPA ;
- Les modalités de prise en charge des patients par l'IPA (nombre de consultations, contenu des consultations, renouvellements et nouvelles prescriptions) ;
- Les modalités et la régularité des échanges entre l'IPA et le médecin ;
- Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle ;
- Les conditions de retour du patient vers le médecin ;
- Le document d'information remis au patient par le médecin.

## **Annexe 2 : Modèle économique de l'IPA en ambulatoire**

*Extraits de l'Avenant 7 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (49).*

Les modalités de valorisation de l'IPA libérale rassemblent plusieurs forfaits :

- Un forfait de 20 euros pour le premier entretien ;
- Quatre forfaits trimestriels de suivi par an et par patient :
  - o Le premier forfait à hauteur de 58,90 euros ;
  - o Les trois autres forfaits valorisés à hauteur de 32,70 euros.

Une majoration à hauteur de 3,90 euros est effective pour les patients de moins de 7 ans et âgés de plus de 80 ans.

Le premier contact doit être réalisé en présentiel. Il vise à vérifier l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA. Les autres consultations de suivi peuvent être réalisées en téléconsultation.

Les partenaires de la convention ont convenu d'une aide de financement pour aider au démarrage de l'activité. Cette aide s'élève à 27 000 euros, progressivement versée sur deux ans. Celle-ci est conditionnée : l'IPA doit avoir un nombre minimal de patients (50 patients l'année N, 150 à l'année N+1). Lorsque l'IPA a une file active de 300 patients, les signataires considèrent que la viabilité de l'activité est assurée : l'aide est alors arrêtée.

### Annexe 3 : Guide d'entretien initial

#### Consigne initiale :

« Bonjour, tout d'abord je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien. Ce travail de thèse fait suite à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, introduisant le principe de la pratique avancée aux infirmiers en France. Vous collaborez avec un infirmier de pratique avancée au sein de votre maison de santé pluri-professionnelle, raison pour laquelle je souhaiterais m'entretenir avec vous. Il va de soi que le vocable "infirmier" sera utilisé tout au long de l'étude pour désigner aussi bien les infirmiers que les infirmières. Cet entretien sera enregistré par dictaphone afin de mener à bien sa retranscription intégrale et le travail de recherche. Un numéro vous sera attribué, rendant vos réponses anonymes, dans un souci de confidentialité. Êtes-vous d'accord sur la façon de procéder ? Avez-vous des questions éventuelles ? »

#### Guide thématique :

- 1) Dans un premier temps, je souhaiterais recueillir quelques données personnelles. Je vous rappelle que ces données seront anonymisées. Pouvez-vous vous présenter ? (Sexe, âge, année de début d'exercice, milieu d'exercice, zonage de l'ARS).
- 2) Vous avez débuté une collaboration avec un IPA depuis plusieurs mois au sein de votre MSP. Racontez-moi les débuts de cette collaboration.
- 3) Qu'est-ce qui vous a amené à collaborer avec un IPA ?
- 4) Comment avez-vous vécu l'intégration du rôle au sein de l'équipe ?
- 5) Comment percevez-vous la place de l'IPA au sein de l'équipe ?
- 6) Comment percevez-vous votre place dans cette nouvelle organisation ?
- 7) Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans cette collaboration et comment les avez-vous vécues ?
- 8) Quels éléments positifs reprenez-vous de cette collaboration et comment les avez-vous vécus ?

#### Annexe 4 : Guide d'entretien final (utilisé à partir du septième entretien)

##### Consigne initiale :

« Bonjour, tout d'abord je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien. Ce travail de thèse fait suite à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, introduisant le principe de la pratique avancée aux infirmiers en France. Vous collaborez avec un infirmier de pratique avancée au sein de votre maison de santé pluri-professionnelle, raison pour laquelle je souhaiterais m'entretenir avec vous. Il va de soi que le vocable "infirmier" sera utilisé tout au long de l'étude pour désigner aussi bien les infirmiers que les infirmières. Cet entretien sera enregistré par dictaphone afin de mener à bien sa retranscription intégrale et le travail de recherche. Un numéro vous sera attribué, rendant vos réponses anonymes, dans un souci de confidentialité. Êtes-vous d'accord sur la façon de procéder ? Avez-vous des questions éventuelles ? »

##### Guide thématique :

- 1) Dans un premier temps, je souhaiterais recueillir quelques données personnelles. Je vous rappelle que ces données seront anonymisées. Pouvez-vous vous présenter ? (Sexe, âge, année de début d'exercice, milieu d'exercice, zonage de l'ARS).
- 2) Vous avez débuté une collaboration avec un IPA depuis plusieurs mois au sein de votre MSP. Racontez-moi vos premiers ressentis.
- 3) Qu'attendiez-vous de cette collaboration et quel était l'écart entre vos attentes et ce que vous avez vécu ?
- 4) Comment vous êtes-vous impliqué personnellement dans l'intégration du rôle ?
- 5) En quoi cette collaboration change-t-elle votre pratique au quotidien ?
- 6) Quelles difficultés ou craintes avez-vous rencontré personnellement dans cette collaboration et comment les avez-vous surmontés ? Le reste du collectif ?
- 7) Quels sont les éléments essentiels pour une collaboration réussie et en quoi influencent-ils l'intégration du rôle ?
- 8) Selon vous, comment pourrait-on améliorer cette collaboration ?
- 9) Comment envisagez-vous cette collaboration dans le futur ?

## Annexe 5 : Echelle COREQ-32

Extrait de : Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57)

### **Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion**

#### Caractéristiques personnelles :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Charles NOTTEGHEM
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Troisième cycle des études médicales réalisé en médecine générale
3	Activité	Quel était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

#### Relations avec les participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Thématique portant sur la pratique avancée en ambulatoire
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

### **Domaine 2 : conception de l'étude**

#### Cadre théorique :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorie ancrée

#### Sélection des participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage dirigé
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courriel et/ou téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0

### Contexte :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile (visioconférence), lieu de travail (cabinet de l'interviewé)
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans le tableau récapitulatif du chapitre « Résultats »

### Recueil des données :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien fourni et testé par deux entretiens
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio après accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 33 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 10 <sup>ème</sup> entretien ; deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui, lorsque les participants l'acceptaient

### **Domaine 3 : analyse et résultats**

#### Analyse des données :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'investigateur et un chercheur neutre (triangulation)
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo QSR 12®.
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non



Rédaction :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Non



## **Annexe 7 : Verbatims**

L'ensemble des verbatims sont regroupés sur une clé USB transmise aux membres du jury.



**AUTEUR :** NOTTEGHEM Charles

**Date de soutenance :** 10 mai 2022

**Titre de la thèse :** Vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier de pratique avancée en maison de santé pluriprofessionnelle

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement :** *Médecine générale*

**DES + spécialité :** *DES de médecine générale*

**Mots-clés :** Infirmier en pratique avancée ; médecin généraliste ; collaboration interprofessionnelle ; soins primaires ; intégration

**Résumé :**

**Contexte :** L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques remet en cause l'organisation actuelle des soins premiers français. De nouveaux modèles de soins ont récemment été introduits dans les équipes interprofessionnelles de soins premiers, notamment au sein des MSP. Ils impliquent une collaboration entre des médecins généralistes et des infirmiers en pratique avancée, qui reçoivent une délégation de tâches et assument de nouveaux rôles.

**Objectif :** Cette étude visait à étudier le vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un infirmier en pratique avancée au sein des MSP.

**Méthode :** Une étude qualitative a été menée de mars 2021 à janvier 2022. Douze entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes exerçant en MSP françaises. Après retranscription puis codage avec triangulation, une analyse par théorisation ancrée a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo QSR 12®.

**Résultats :** L'intégration réussie de l'IPA au sein d'une équipe de soins premiers nécessitait une acceptation du rôle. Cependant, l'intégration était complexe en raison de conflits inter et intra-professionnels, d'une résistance de patients et de la fragilité du rôle. L'implication des médecins généralistes était alors cruciale pour gagner l'adhésion de l'équipe et des patients. L'acceptation du rôle dépendait également de la capacité de l'IPA à répondre aux attentes des médecins. Ces derniers attendaient de l'IPA d'alléger leur pression au travail en facilitant l'accès aux soins, en libérant du temps médical et en sécurisant le parcours de soin.

Ils souhaitaient également changer leur rapport au travail en redonnant de la pertinence aux actes, en améliorant les pratiques professionnelles et en adoptant une démarche centrée patient. L'acceptation du rôle dépendait ainsi de l'implication et de l'intention des médecins.

**Conclusion :** L'analyse révèle que les médecins généralistes sont divisés sur l'intégration du rôle en soins premiers. L'acceptation du rôle dépend de l'intention et l'implication des médecins. Des pistes d'amélioration ont pu être identifiées pour viabiliser l'intégration du rôle. D'autres travaux sont nécessaires pour évaluer l'impact de l'IPA en soins premiers.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX

**Assesseurs :** Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Jan BARAN