

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment envisager au quotidien la collaboration entre médecins
généralistes et infirmier(e)s en pratique avancée ?**

Présentée et soutenue publiquement le 21 janvier 2026 à 16h00
Au Pôle Formation
par **Karen CARBONNET**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Antoine DELFORGE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

AVERTISSEMENT

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

CONFLITS D'INTERETS

Je déclare ne présente aucun conflit d'intérêt

TABLE DES MATIERES

RESUME	6
INTRODUCTION	7
1) Les difficultés de l'accès aux soins premiers en France.	7
2) Une solution : la loi MA SANTE 2022.....	9
3) Les infirmiers en pratique avancée	11
3.1) Qui sont les IPA ?	11
3.2) Le déploiement des IPA.....	13
3.3) Les IPA à l'étranger.....	14
4) Question de recherche	15
MATERIELS ET METHODES	17
1) Type d'étude.....	17
2) Recherche documentaire	17
3) Population étudiée	17
4) Méthode de recrutement.....	17
5) Réalisation des entretiens et recueil des données.....	18
6) Analyse des données	18
7) Saturation des données.....	19
RESULTATS.....	20
1) Faire connaître les IPA.....	21
1.1) Connaissance antérieures sur les IPA.....	21
1.2) Volonté de travailler avec des IPA.....	22
1.3) Connaître les compétences des IPA	22
2) Cerner les besoins des médecins généralistes	23
2.1) Aide administrative	23
2.2) Education thérapeutique et prévention	24
2.3) Suivi de l'observance.....	24
2.4) Recueils de données.....	24
2.5) Vaccinations	24
2.6) Dépistage.....	24
2.7) Aides au domicile	24
2.8) Suivi de soins locaux.....	25
3) La place du médecin généraliste	25

3.1) Une dégradation du métier de médecin généraliste	25
3.2) Modification de l'image des médecins généralistes	26
3.3) Dépréciation de l'avis des médecins généralistes.....	26
4) Conditions pour pouvoir intégrer les IPA dans le suivi du patient.....	27
4.1) Concernant l'espace de travail.....	27
4.2) Suivre à distance le patient	27
4.3) Continuer de voir le patient	28
4.4) Superviser le travail.....	28
4.5) Relation de confiance.....	29
4.6) Temps d'intégration	30
5) Le patient.....	31
5.1) La sélection des patients.	31
5.2) Les risques pour le patient	31
6) Modèle explicatif.....	33
DISCUSSION	34
1) Résultats principaux	34
1.1) Education de la population et des médecins sur les IPA.....	34
1.2) Crainte : la place de l'ordonnance et ses conséquences.....	36
1.3) Perspectives positives	38
1.4) Les attentes des médecins généralistes	39
1.5) Réussir la collaboration médecin généraliste - IPA	41
2) Forces et faiblesses de l'étude	44
2.1) Faiblesses de l'étude	44
2.2) Force de l'étude	46
CONCLUSION	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
ANNEXES.....	51
Annexe 1 : Guide d'entretien final	51
Annexe 2 : Guide entretien initial	52
Annexe 3 : Arrêté de 2025 de la loi RIST 2023 concernant les prescriptions élargies	53
Annexe 4 : Grille COREQ.....	54

RESUME

Contexte : Le système de soins Français est soumis à deux constats alarmants. Le premier est le vieillissement de la population et l'augmentation de la proportion de maladie chronique dans la population, nécessitant un suivi médical régulier. Le second est le vieillissement de la population des médecins généralistes et le nombre de médecins généralistes non remplacés. Pour faire face à la demande de soins grandissantes, et en s'inspirant des modèles étrangers, depuis 2019, l'Etat déploie les infirmiers en pratiques avancés sur le territoire français. Ce sont des infirmiers qui peuvent intervenir dans la prise en charge de patients suivis pour des pathologies chroniques. Cependant leur arrivée bouleverse la médecine générale et nécessite une adaptation.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à partir de huit entretiens semi dirigés menés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts de France. L'analyse s'est inspirée de la théorisation ancrée. Une triangulation des données a été effectuée.

Résultats : Cette étude met en évidence un manque de connaissance, à la fois de la population et des médecins généralistes, vis-à-vis des infirmiers en pratique avancés, expliquant leur intégration encore timide en médecine générale. La délégation de la prescription médicamenteuse, et l'ouverture à la primo-prescription de certains médicaments provoque de nombreuses réticences chez les médecins généralistes. Les objectifs de l'Etat prévus en déployant les infirmiers en pratiques avancés ne correspondent pas aux attentes des médecins généralistes pour limiter le temps administratif au profit du temps médical.

Conclusion : Le premier levier qui permettrait de favoriser l'intégration des infirmiers en pratique avancée semble être l'information. Il faut d'une part, éduquer les patients, pour leur permettre de savoir dans quelles conditions consulter une infirmière en pratique avancée. Il faut d'autre part, éduquer les médecins généralistes pour pouvoir les rassurer concernant leurs compétences, leur formation et leurs champs d'action. Malgré la réticence de certains médecins, leur coopération semble essentielle pour assurer la sécurité du patient.

INTRODUCTION

Depuis 2010 le système de soins français fait face à un nouveau défi : assurer l'accès au système de santé à l'ensemble de la population.

Le vieillissement de la population française, l'augmentation de prévalence des maladies chroniques et des polypathologies, le déclin de la densité médicale et l'agrandissement de l'inégalité d'accès aux soins forcent à la modification du système de santé tel qu'il existe depuis des années.

1) Les difficultés de l'accès aux soins premiers en France.

Le premier problème en France est la chute de l'effectif des médecins généralistes.

En effet, d'après les données de l'atlas du conseil national de l'ordre des médecins qui dresse un état des lieux au 1^{er} janvier 2023, on note une baisse du nombre de médecins généralistes de 1.3% depuis 2010 soit une perte de 0.2% chaque année. Pour l'année 2022, 1146 médecins généralistes ont quitté leur activité (exercice régulier). (1)

Paradoxalement, de 2010 à 2023, on compte plus de 8.5% d'inscription au tableau de l'ordre des médecins. Il s'agit principalement de médecins spécialistes (hors médecine générale). La médecine générale est de moins en moins représentée dans l'effectif total des médecins, elle passe de 48% à 43.3% sur cette même période. L'augmentation de la proportion des médecins spécialistes pourrait affecter directement l'offre de soins France en la concentrant dans certaines régions au détriment de zones moins bien pourvues. (2)

La chute du nombre de médecins généralistes peut être expliquée par le vieillissement de ceux-ci. De 2010 à 2023, l'augmentation du nombre de médecins retraités a

augmenté de 260%, ces départs, souvent non remplacés, sont à l'origine de la baisse de l'effectif des médecins généralistes. Par ailleurs, plus de la moitié des médecins généralistes en activité ont plus de 65 ans. (2)

D'autres parts, des nouvelles spécialités représentées par la médecine d'urgence et la gériatrie notamment ont émergé. Elles peuvent expliquer la baisse du nombre de médecins généralistes car auparavant ces spécialités étaient prises par des médecins généralistes avec une formation complémentaire.

La chute de la proportion de médecins généralistes est d'autant plus problématique que l'on observe une augmentation de la population, un vieillissement de la population et une majoration de patients avec des pathologies chroniques nécessitant un suivi rapproché.

D'après l'INSEE, la population française au 1^{er} janvier 2020 est de 67 064 millions d'habitants, soit une augmentation de 0.3% par an depuis 2017.

Parmi cette population, les français de plus de 65 ans représentent 20.5% de la population, ce qui correspond à une hausse de 4.5% en 20 ans. (3)

Si les tendances se confirment, les projections pour 2070 sont : 28.7% de la population de plus de 65 ans, en lien avec l'avancée en âge des enfants nés à l'après-guerre et l'augmentation de l'espérance de vie. (3)

Une population vieillissante signifie aussi une population potentiellement plus malade. La proportion de la population avec une pathologie chronique augmente. Elle passe de 36% de la population à 42% de la population de 2014 à 2019. En 2019, 91% des personnes de plus de 75 ans ont au moins une pathologie chronique. (4)

Une population vieillissante est donc une population avec potentiellement plus de pathologies chroniques nécessitant un suivi médical rapproché et une offre de soins suffisante.

D'après les sources de la sécurité sociale en 2018, 510 000 patients sous ALD n'avaient pas de médecin traitant déclaré, contre 714 000 en 2022. En 2023, on estime que 25% des patients en ALD n'ont pas de médecins traitants. 11% de la population française n'a pas de médecin traitant.

Le temps d'obtention d'un rendez-vous chez le médecin généraliste a augmenté, il fallait 4 jours d'attente en moyenne en 2019 contre 10 jours en 2024. 60% des français déclarent avoir déjà manqué un rendez-vous sur les cinq dernières années, 1 fois sur 2 à cause du délai d'attente et 1 fois sur 3 à cause de l'éloignement géographique.

Ces états des lieux montrent donc l'importance de réorganiser le système de soins pour pouvoir réagir face au manque de médecins, au vieillissement de la population et au manque d'accès aux médecins qui se creuse.

Le ministère des solidarités et de la santé a mis au point une stratégie via la loi Ma Santé 2022, dont le but est de renforcer l'accès aux soins premiers dans les territoires à faible densité médical.

2) Une solution : la loi MA SANTE 2022

La loi MA SANTE 2022 propose six actions pour produire des résultats.

La première est de favoriser la présence des médecins et l'installation en zone fragile. Celle-ci se réalise notamment par des incitations financières proposées aux médecins qui s'installent, consultent ou exercent dans territoire fragiles. Des bourses ont

également été proposées aux étudiants pendant leur étude en échange de leur installation en zone sous denses.

La deuxième est de multiplier les structures de stages en médecine générale pour les étudiants pour susciter des vocations. Les maquettes de formation ont évolué pour favoriser l'accès aux stages libéraux et de nombreux médecins ont été recrutés pour être formateurs.

La troisième est d'encourager l'exercice coordonné des professionnels de santé et de renforcer l'attractivité de l'exercice en cabinet de ville.

La quatrième est de soutenir de nouvelles formes d'exercices pour encourager la présence médicale en territoire fragile, comme par exemple, l'exercice multisite et le cumul emploi-retraite.

La cinquième est le développement de la délégation de tâches et des coopérations entre professionnels de santé pour libérer du temps médical. Il y a les infirmières ASALEE qui permettent à des infirmières de travailler en binôme avec des médecins pour suivre et accompagner les patients atteints de pathologie chronique en matière de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique. Il y a les infirmières en pratique avancée également, qui disposent d'une formation complémentaire et de compétences étendues pour le suivi de pathologies chroniques stabilisées et la prescription de thérapeutiques. La prescription et la réalisation des vaccins présents sur le calendrier vaccinal obligatoire (pour les adultes et enfant à partir de 11 ans), a été délégué aux pharmaciens.

Enfin, la sixième action est le développement de la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins dans les zones les plus défavorisées. (5)

Parmi ces six actions exposées, la plus controversée est la proposition concernant les infirmiers en pratique avancée.

3) Les infirmiers en pratique avancée

La France avait déjà introduit le principe de la pratique avancée aux infirmiers suite à la loi du 26 janvier 2016. Le concept d'IPA est en réalité plus ancien, puisqu'il a été créé aux Etats-Unis en 1965 pour faire face à la pénurie des prestataires de santé dans certains états.

3.1) Qui sont les IPA ?

Une définition universelle a été proposée en 2008 par le conseil international des infirmiers ; un IPA est « un infirmier qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire 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 master est recommandée ».

L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier. Ils peuvent notamment :

- Conduire un entretien et réaliser l'examen clinique ;
- Réaliser des actes techniques sans prescription médicale et en interpréter les résultats pour les patients dont ils assurent le suivi (arrêté du 18 juillet 2018 - annexe 1 modifiée par l'arrêté du 11 mars 2022) ;
- Demander des actes de suivi et de prévention pour les pathologies dont ils assurent le suivi (arrêté du 18 juillet 2018 – annexe 2 modifiée par l'arrêté du 11 mars 2022) ;

- Prescrire, pour les pathologies dont ils assurent le suivi, des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, des dispositifs médicaux (arrêté du 18 juillet 2018 - annexe 3 modifiée par l'arrêté du 11 mars 2022) ou des examens de biologie (arrêté du 18 juillet 2018 - annexe 4 modifiée par l'arrêté du 11 mars 2022) ;
- Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales.

Concrètement, le décret 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, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales déjà établies.

Pour être IPA, il faut avoir une expérience d'au moins trois ans dans d'exercice, et avoir obtenu son diplôme d'IPA en précisant la mention choisie. La mention s'appliquant à l'exercice ambulatoire appliqué à la médecine générale est la mention PCS (pathologie chronique stabilisées et polypathologies courantes en soins primaires)

Le ministère attend beaucoup des IPA ; faciliter l'accès aux soins en répartissant de manière différente la charge de travail entre ceux-ci et les médecins dont la démographie est sous tension, améliorer la prise en charge des pathologies chroniques dans le contexte que nous connaissons de vieillissement de la population

3.2) Le déploiement des IPA

Les premières IPA ont commencé à arriver sur le terrain en 2019. Le nombre d'IPA diplômées depuis 2019 est de 3080 en 2024. L'objectif fixé par l'état de 5 000 IPA formés pour 2024 ne sera probablement pas atteint non plus en 2025 d'après leur projection. Par ailleurs, la spécialité "PCS" est la plus prisée, choisie par plus de la moitié des étudiants en 2024.

En août 2022, seulement 131 exerçaient dans les milieux libéraux, dont seulement 47 en activité exclusive. (6)

Il existe plusieurs freins expliquant les objectifs non atteints. La première est la réticence des médecins à intégrer les IPA dans leur exercice. La seconde est la difficulté pour les IPA installé(e)s en libéral de gagner correctement leur vie. En effet, leur patientèle découle directement de leur partenariat avec un médecin, et la réticence des médecins les empêche de ce fait d'avoir suffisamment de travail. La réticence des médecins rend difficile l'accès aux IPA pour des stages de formation, rendant leur formation plus difficile.

Pour lutter contre ce constat et favoriser le déploiement des IPA, une loi a été votée en 2023. Celle-ci prévoit une expérimentation d'une durée de trois ans, dans trois régions, d'accès direct aux IPA exerçant dans des structures d'exercice coordonnée, y compris, au sein d'une CPTS, sous réserve qu'un compte rendu soit réalisé et adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé du patient.

Cette loi a été révisée par un décret en janvier 2025. Ce décret permet l'accès direct des patients aux IPA si elles exercent dans des structures coordonnées de soins. Il supprime également l'article instaurant un protocole d'organisation entre médecin et

IPA ainsi que les dispositions prévues pour le partage d'informations nécessaires au suivi du patient entre le médecin et l'IPA. (7)

Ce décret souligne le fait que l'IPA se doit d'adresser le patient sans délai à son médecin traitant ou vers un médecin de structure adapté, en l'informant, lorsque la situation dépasse son champ de compétences.

La prescription des produits prescrits par IPA (Annexe 3) est élargie. La prescription de certains traitements est désormais possible sans diagnostic médical préalable à visée symptomatique tels que antihistaminiques, antiseptiques, anti diarrhéiques, laxatifs... Il ouvre également la prescription initiale sans diagnostic médical préalable pour l'hypertension et le diabète. (7)

3.3) Les IPA à l'étranger.

L'intégration en France des IPA est timide et difficile et contraste avec leur installation solide dans le système de santé au Canada. Les premières IPA existent également au Canada depuis les années 1960. Par exemple, au Québec, pour 8 millions d'habitants, ils comptent 547 IPA pour 20 000 médecins actifs. L'IPS (Equivalent des IPA au Canada) en exercice est rattaché à un établissement de référence, qui peut être un centre public ou un groupe de médecins de famille (GMF), soit l'équivalent d'une maison de santé. Dans ce cadre, chaque GMF perçoit une enveloppe globale de 30 000 dollars à l'année, afin d'indemniser le temps passé par les médecins (6 à 30 selon les cas) pour collaborer avec les IPA. (8)

Depuis 2019, les infirmières en pratique avancée se développent de plus en plus et s'affranchissent de plus en plus de la tutelle du médecin au Canada. Elles étaient déjà en mesure de poser des "conclusions cliniques" et d'adapter des traitements, sous réserve d'une validation par le médecin. Ils peuvent désormais faire des diagnostics et

initier des traitements en leur nom propre sans validation par un médecin référent. Une IPS en première ligne pourra diagnostiquer et traiter les maladies courantes – otite, amygdalite, ostéoporose, etc. – et des maladies chroniques, dont le diagnostic est assez normé. (8)

De façon générale, la collaboration IPA et médecins généralistes se déroule très bien. Au Canada, aux États-Unis, en Angleterre, les études montrent que du point de vue de la qualité et de la sécurité, les soins des IPS sont équivalents à ceux des médecins. Il y aurait même un avantage des IPS au niveau relationnel. (9)

Les IPA ont également été introduites dans des pays Européens tels que les Pays Bas, La Suède et le Royaume uni. Les IPA seraient, d'après les études, capables de fournir des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués par les médecins pour les patients porteurs de maladies chroniques. (10)

4) Question de recherche

Dans les textes de loi et décrets d'application il y a très peu d'informations concernant la mise en place en pratique d'une collaboration entre IPA et médecins généralistes. Il y a quelques travaux de thèses s'intéressant à l'avis des médecins généralistes concernant l'arrivée des IPA et autres assistants en médecine générale.

Ces études mettent en évidence un doute des médecins généralistes vis-à-vis des IPA en ce qui concerne leur complémentarité dans les tâches relevant du champ de compétence médicale. De nombreuses questions sont soulevées comme la remise en question de leur compétence, la responsabilité professionnelle de leurs actes et le risque de l'altération de la relation malade-médecin. Mais il n'y a pas de consensus ou de guide pour favoriser la collaboration entre les deux parties. Comment intègre-t-

on les IPA dans notre pratique ? Quelles tâches déléguées ? Comment superviser leur travail ?

Malgré les nombreux freins émanant des médecins généralistes, les IPA semblent avoir de bons résultats dans d'autres pays et l'état continu de voter de nouvelles lois pour favoriser leur prise de postes. Ainsi, L'objectif de ce travail est donc d'interviewer différents médecins, d'âges différents, de conditions d'exercices différents et de recueillir leur avis sur la façon dont on peut instaurer cette nouvelle collaboration au sein du cabinet de médecine générale en France.

MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

Le choix s'est porté sur une étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée. Les données ont été recueillies par des entretiens individuels semi-dirigés.

2) Recherche documentaire

Une revue simple de la littérature a été réalisée en utilisant les mots-clés : médecine générale, infirmiers en pratique avancée, collaboration, soins primaire, intégration. Ces recherches ont été effectuées sur Pubmed, Google Scholar, Cairn et LISSa. Elles ont permis de rédiger un guide d'entretien initial.

3) Population étudiée

Les participants étaient des médecins généralistes installées dans les hauts de France. Les médecins généralistes hospitaliers ou remplaçants étaient donc exclus de l'étude.

L'objectif de l'étude était de recueillir l'avis de tous les médecins généralistes, même ceux n'exerçant pas en MSP et donc non susceptibles de collaborer avec une IPA. Le but était de recueillir un maximum d'idées et d'avis différents.

4) Méthode de recrutement

Le recrutement a débuté en août 2023 et s'est terminé en mai 2025.

Les interviewés ont été contactés directement par mail ou par téléphone. A l'issue de ce premier contact un rendez-vous était convenu en face à face ou par téléphone.

Chaque participant était informé au préalable du sujet de la thèse et a été informé durant l'entretien du caractère enregistré mais anonyme de l'entretien.

5) Réalisation des entretiens et recueil des données

Il s'agit d'entretiens semi directif réalisés à l'aide d'une guide d'entretien.

Le guide d'entretien a été réalisé à la suite d'une première revue de la littérature.

Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens et des nouveaux thèmes qui émergeaient. Le premier et le dernier guide d'entretien se trouvent en annexe.

La première question consistait à demander aux participants leurs connaissances sur le sujet. A la suite de cette question quelques phrases explicatives étaient récitées aux participants. Ainsi, ils avaient tous des informations correctes sur le statut et le rôle des infirmiers en pratique avancée pour que leurs réponses ne soient pas biaisées par des connaissances ou à priori fausses.

Le guide a permis de support, et des questions étaient parfois anticipées selon les réponses des médecins interviewés.

L'enregistrement a été réalisée à l'aide de l'application « Enregistreur vocal » présente sur le système d'exploitation Android.

Suite à l'enregistrement, les entretiens ont été transcrits sur un logiciel de traitement de texte. Chaque participant a été anonymisé à l'aide du code M1 pour médecine généraliste 1 et ainsi de suite.

Le nombre d'entretiens nécessaires n'était pas défini à l'avance.

6) Analyse des données

Après retranscription, les entretiens ont été analysés de façon manuelle par les soins de l'investigateur. Trois codages ont été réalisés de façon successive. Le premier codage, ouvert, a permis de faire émerger des données le plus grand nombre de

concepts et catégories. Le second codage, axial, a permis d'articuler les propriétés découvertes lors du codage ouvert. Enfin le codage sélectif qui permet l'intégration des relations élaborées lors du codage axial

La théorisation ancrée permet de collecter et d'analyser les transcriptions de façon parallèle.

Un journal de bord a été tenu depuis le début des recherches et comporte l'ensemble des comptes rendus.

Une triangulation a été effectuée. Elle consistait en une analyse parallèle des verbatim par un investigateur neutre. Une seconde analyse a permis un choix des propriétés obtenues individuellement.

Cette thèse s'appuie sur les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) qui a été complétée au fur et à mesure (Annexe...)

7) Saturation des données

Le nombre d'entretiens n'étaient pas préalablement établi.

La saturation théorique des données a été retenue lorsque l'analyse de nouveaux entretiens ne modifie plus la théorie. Elle a été déclarée atteinte au 7ème entretien.

Un entretien supplémentaire a été effectué pour s'assurer de l'absence d'émergence de nouveaux thèmes.

RESULTATS

Huit entretiens ont été menés d'août 2023 à mai 2025.

Tableaux caractéristiques des médecins généralistes interrogés :

	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Zone exercice</i>	<i>Année installation</i>	<i>Accueil internes</i>	<i>Lieu exercice</i>	<i>Zonage ARS</i>
M1	Femme	37	Semi rural	2017	Oui	MSP	Sous dense
M2	Homme	65	Semi rural	1986	Oui	MSP	Sous dense
M3	Femme	31	Citadin	2023	Non	Cabinet groupe	Pas de zonage
M4	Femme	35	Urbain	2019	Non	Cabinet groupe	ZAC
M5	Femme	36	Urbain	2016	Non	Cabinet groupe	Surveillance
M6	Homme	37	Urbain	2017	Non	MSP	Pas de zonage
M7	Homme	47	Urbain	2010	Non	Cabinet seul	ZAC
M8	Femme	37	Urbain	2019	Non	MSP	Sous dense

Tableaux représentants envies et idées des médecins généralistes interrogés envers les IPA :

	<i>Volonté travail en collaboration</i>	<i>Besoin d'une collaboration</i>	<i>A mentionné inconvénients</i>	<i>A mentionné avantages</i>
M1	Non	Non	Oui	Non
M2	Non	Oui	Oui	Non
M3	Non	Non	Oui	Non
M4	Non	Non	Oui	Non
M5	Non	Non	Oui	Non
M6	Non	Non	Oui	Non
M7	Non	Non	Oui	Oui
M8	Non	Non	Oui	Oui

Tableaux reprenant la durée des entretiens :

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Durée entretien	23 min 17	20 min 16	32 min 45	30 min 16	27 min 52	12 min 35	17 min 40	35 min 27

Les résultats de l'étude sont expliqués ci-dessous.

1) Faire connaître les IPA

1.1) Connaissance antérieures sur les IPA

La première question de l'entretien consiste à demander aux médecins interviewés les informations qu'ils détenaient concernant les IPA.

Sur les huit médecins interrogés, tous n'avaient pas les mêmes connaissances sur les IPA.

Certains n'en avaient pas du tout entendu parler.

M5 : « Alors sincèrement les IPA j'ai peu d'informations, il faudrait me détailler et m'en dire plus parce que là comme ça, ça ne me dit rien »

M6 : « C'est encore fou, je n'ai pas beaucoup d'informations »

M3 : « Les tenants et les aboutissants je ne les ai pas et étant peu favorable je n'ai pas cherché. Je trouvais que leur rôle était peu clair et que cela donnait l'impression d'avoir de mini-médecins »

Certains médecins avaient surtout des connaissances du déploiement des IPA en milieu hospitalier.

M4 : « Oui j'en ai entendu parler... Pas trop en ville pour le coup mais on reçoit des courriers des IPA à l'hôpital [...] Pour la pratique en médecine générale je n'en ai pas encore vu ou entendu parler »

Un des médecins interviewé avait quelques informations plus précises sur les IPA.

M1 : « J'en ai déjà entendu parler... De ce que j'ai compris ce sont des infirmières qui font une formation complémentaire et qui peuvent recevoir des patients dans un cadre défini avec le ou les médecins du cabinet comme pour le suivi de pathologie chronique en général »

Un seul des médecins avait déjà fait l'expérience du travail avec une IPA

M6 : « Oui je connais, j'ai déjà expérimenté, un peu contraint et forcé et mis devant le fait accompli. »

1.2) Volonté de travailler avec des IPA

Ainsi, une grande partie des réponses à la question « Envisagez de travailler avec un(e) IPA ? » étaient plutôt négatives.

M3 : « Alors, personnellement, pour l'instant non. Parce l'on n'a pas assez de recul sur ça. »

M5 : « Bon écoutez, là actuellement je me dis que je n'ai pas de patient où je me dis qu'il y aurait une utilité de ce type de diplôme complémentaire. »

M7 : « Euh... non »

M1 : « Peut-être faudrait-il s'y mettre si on prouve que le suivi est d'aussi bonne qualité que le nôtre »

Cependant tous les médecins n'étaient pas fermés

M5 : « Là tout de suite non, mais par la suite pourquoi pas »

M4 : « Avec une IPA, au sein du cabinet pour faire du suivi de patient que je connais bien et déléguer certaines tâches de suivi de diabète pour qu'ils puissent les revoir entre deux consultations s'il y a un déséquilibre par exemple, pourquoi pas »

M1 : « Peut-être qu'il faudrait se lancer et essayer à temps partiel... pour essayer »

Le médecin qui avait déjà fait l'expérience du travail avec une IPA, a cessé l'expérience et ne souhaite pas recommencer.

M6 : « Non... parce que cela me rajoute du boulot plus que cela m'en enlève. C'est double peine en fait. Elle est sensée passer avant toi pour débayer le sujet mais en fait tu passes deux fois plus de temps »

1.3) Connaître les compétences des IPA

Certains médecins sont assez dubitatifs sur les compétences des infirmières pour que renouvellement d'ordonnances. La formation des IPA est souvent comparée à celle des médecins

M2 : « S'il y a un changement de thérapeutique, je pense que l'on est les seuls compétents »

M3 : « Est-ce qu'on les mêmes signes d'alerte ? Est-ce que l'on va s'inquiéter pour les mêmes choses ? Est-ce qu'elle va savoir passer la main ? »

M3 : « Il faudrait que je puisse vérifier ses compétences »

M3 : « Quelqu'un qui n'a pas la même formation que nous et qui n'a pas les mêmes ressources »

M7 : « [concernant les ordonnances] C'est donc très délicat de léguer à moins compétent »

Craintes sur les limites de leur formation

M6 « *Leur formation n'est clairement pas à la hauteur. En tout cas pour vouloir jouer au docteur c'est insuffisant. Pour la prescription de pilule ou pour faire un arrêt de travail pour une gastro entérite pourquoi pas. »*

Certains médecins pensent que le champ de compétence du médecin généraliste est trop large pour les IPA mais qu'elles pourraient être utiles si elles sont spécialisées dans un domaine

M3 « *Le renouvellement sans adaptation cela me paraît un peu complexe, L'on acquiert ses compétences en six ans d'études puis quatre d'internat et après cela on se sent pas toujours légitime... mais on donne ses compétences aux infirmières avec moins d'étude... »*

M4 « *Il faut voir si elle est spécialisée dans un domaine particulier car la médecine générale est tellement vaste [...] Si ils ont des compétences spécifiques on peut leur confier certaines adaptations posologiques*

2) Cerner les besoins des médecins généralistes

L'ensemble des médecins généralistes étaient donc peu informés sur les IPA. Après leur avoir annoncé les compétences des IPA, ils ne semblaient pas très enclins à articuler leur pratique médicale avec un(e) IPA. L'objectif des IPA étant de faciliter l'accès aux soins aux patients, mais également de libérer du temps médical pour les médecins généralistes. Les médecins ont donc été interrogés sur leur besoins.

2.1) Aide administrative

M1 « *Au niveau du temps administratif, on a beaucoup de charge là-dessus, mais je ne suis pas sûre que cela concerne les IPA »*

M8 « *Programmer les RDV, prend les messages, passe la carte virale, faire les arrêts de travail, faire régler les patient au besoin... A la limite cela pourrait être utile. [...] Plutôt de l'administratif, mais pas du médical »*

2.2) Education thérapeutique et prévention

M2 « [Concernant les tâches que le médecin voudrait déléguer] Tout ce qui est prévention, on a très très peu de temps pour la prévention »

M4 « Cela pourrait être un temps d'éducation thérapeutique, ce serait une force »

M4 « Pour l'éducation et la prévention il y a un rôle très important »

M4 « Dans le champs de la prévention, qu'elles vérifient les dépistage obligatoire, faire un peu de formation et prévention sur les conduites addictives, notamment sur le tabac »

M7 « En consultation c'est souvent trop court [...] on perd du temps avec la prises de constante, avec le volet administratif, puis les demandes multiples viennent polluer la consultation... on survole vraiment (l'éducation thérapeutique) »

2.3) Suivi de l'observance

M3 « Refaire le point sur les traitements qu'ils prennent réellement et comment ils le prennent »

2.4) Recueils de données

M2 « Il n'y a pas de raison qu'elles ne suivent pas la croissance staturopondérale des enfants »

M3 « La partie constante qui est certes intéressante pour le suivi mais qui prend déjà cinq bonnes minutes »

M3 « On peut leur confier la préparation des consultation »

M7 « Carrément, le recueil de biométrie, la prise de constantes. Et l'éducation thérapeutique »

2.5) Vaccinations

M4 « Tout ce qui est vaccination, ce sont de sujets que j'aime aborder même si je manque de temps »

2.6) Dépistage

M2 « Il n'y a pas de raisons [...] qu'elles ne fassent pas de dépistage du trouble du langage ou auditif »

2.7) Aides au domicile

M5 « Evaluation physique du patient au domicile est difficile, cela me rendrait service d'avoir lavis d'un professionnel sur les conditions au domicile »

2.8) Suivi de soins locaux

M7 « Je délègue volontiers le suivi des artériopathie et des pansements et la prescription du matériel »

Et certains médecins restent assez fermés

M6 : Et bien je n'ai besoin de rien. Mon travail c'est le miens

3) La place du médecin généraliste

3.1) Une dégradation du métier de médecin généraliste

Pour de nombreux médecins, intégrer une IPA dans le système de soins modifie la façon dont ils suivent le patient et donc leur façon de travailler

M2 « Une histoire de philosophie.... C'est vrai que l'on s'occupe tellement des gens... et c'est peut être lié à mon mode de fonctionnement depuis 35 ans et qui date un peu. On n'a pas l'habitude de déléguer des choses importantes »

M2 « C'est perdre un peu notre façon de travailler comme médecin de famille »

M4 « On nous sort de notre zone de confort, c'est une autre façon d'envisager le métier »

L'arrivée des IPA évoque une distance vis-à-vis du patient, et ainsi pose la question de l'intérêt d'être encore le médecin de patient que l'on ne voit plus aussi souvent

M3 « Il y a des patients qui vont bien pendant des années... est-ce que cela implique que je ne veux plus les revoir du tout ? »

M3 « Est-ce que cela a encore du sens de les revoir une fois par an s'ils sont suivis par quelqu'un d'autres ? C'est encore plein d'interrogations... »

M7 « Je trouve spécial de ne pas voir son patient pendant 6 mois »

Certains médecins déplorent une perte de leur activité et évoquent une perte du plaisir dans l'exercice de leur profession

M3 « Gérer les chroniques qui vont bien cela ne me dérange pas, c'est ma bouffée d'air frais »

M4 : « J'aime le faire [prévention, suivi] et je ne me vois pas déléguer [...] Je ne me veux pas me faire voler le cœur de métier. »

M5 « J'ai l'impression que l'on me vole une partie de mon métier »

M7 « Il y a des craintes qui traversent tout la profession [...] Si on délègue nos tâches sans avoir de compensation, il nous reste quoi ? »

M8 « Sinon je fais quoi ? A part soit gérer le problème soit imprimer une ordonnance »

3.2) Modification de l'image des médecins généralistes

Certains généralistes s'inquiètent de l'image de la profession que renvoie à la société tous ses changements.

M3 « Ils nous ont lancé les IPA dans les pattes sans réfléchir à ce que l'on pense [...] et nous faire passer pour des mauvaises personnes de dire qu'on veut nous voler notre travail alors qu'on arrête pas de dire que l'on a trop de travail »

M5 « Le côté prescription me dérange... Si elle est à charge de pouvoir renouveler le traitement, cela me fait peur, car j'ai l'impression, que c'est presque un constat d'échec du rôle du médecin traitant »

La différence entre le délai de formation des médecins généralistes et des IPA pour des compétences similaires pose la question de la légitimité de celles-ci

M4 « Quand je vois comment la prescription est complexe pour nous alors que l'on a appris pendant 10 ans... »

M5 « [...] En arriver là cela me fait peur... [...] A quoi cela sert de faire ce fameux concours pour avoir le droit de prescrire pour en arriver là ? »

L'ordonnance ayant une place tout particulière dans la consultation médicale, le fait de pouvoir déléguer une partie des prescriptions gêne certains médecins

M5 « Cela banalise encore plus l'ordonnance je trouve »

M7 « L'ordonnance est sacrée pour le médecin. C'est une chose que l'on a pas envie de déléguer »

3.3) Dépréciation de l'avis des médecins généralistes

De nombreux médecins ressentent un sentiment de colère face à ces changements.

M3 « Avant de quantifier les besoins et de nous poser la question de ce que l'on avait besoin, on nous a dit vous aller avoir besoin de ça. Ce besoin là je ne l'ai pas. »
M5 « On dirait une nouvelle façon de nous remplacer, de passer par-dessus nous. »
M6 « Je ne vois pas ce qu'elles apportent. Il faut ouvrir les vannes en P1, virer une année d'internat, recentrer la formation. Etre plus efficient. Revaloriser les médecins généralistes. Donner envie de s'installer et pas l'inverse. »
M8 « J'aime mon métier et je n'ai pas envie de le déléguer »

4) Conditions pour pouvoir intégrer les IPA dans le suivi du patient

4.1) Concernant l'espace de travail

L'ensemble des médecins interrogés s'accordent sur le fait que les IPA doivent avoir un local dédiés au sein de la structure de soins et équipée comme un cabinet médical classique.

M2 « dans une MSP dans un local dédié qui ressemble à un local de médecin. Il n'y a pas de raison de se passer d'outils diagnostiques adéquats : table d'examen, balance, tensiomètre... »
M4 « Il faut que l'IPA note tous dans nos dossiers il ne faut pas que ce soit quelqu'un en ville »
M5 « un local au sein du cabinet, équipé du logiciel, d'une balance, d'une toise, d'un tensiomètre... »

Il faut préciser que cet équipement et ces locaux ne sont pas forcément disponibles dans tous les cabinets médicaux et nécessiterait donc des adaptations.

M1 « Il faudrait que les nouveaux cabinets qui se construisent soit fait pour avoir peut-être de bureaux communicants »
M3 « Il faut une grande salle d'attente, un point d'accueil pour la secrétaire un bureau pour l'infirmière qui soit décent [...] cela veut dire repenser 80% des cabinets »

4.2) Suivre à distance le patient

Même si le patient consulte l'IPA et non le médecin, il reste primordial pour certains médecins de pouvoir continuer à suivre le patient et ainsi accéder au contenu des consultations avec l'IPA.

M1 « Une réunion avec IPA sur dossier »

M2 « il faut partager un système d'information qui nous reprend régulièrement les patients [...] Il faut voir ce qui a été fait par l'IPA sur le dossier médical »

4.3) Continuer de voir le patient

Les médecins interrogés ne sont pas prêts à laisser leur patient intégralement aux mains d'un autre intervenant, ils veulent continuer à faire partie intégrante du suivi du patient.

Certains des médecins semblent cependant prêts à prendre un peu de distance vis-à-vis du patient en espaçant les consultations médicales

M1 « se dire que le médecin voit le patient une fois par an [...] il arrive que le patient ait besoin de consulter pour d'autres motifs, ça nous laisse le temps de le revoir »

D'autres médecins sont moins enclins à espacer leur suivi, ils voient plutôt une consultation en deux temps ; d'abord avec l'IPA puis ensuite avec le médecin ;

M3 « Je vois plutôt comme une pré-consultation et après le docteur »

M4 « Faire un début de consultation avec l'IPA qui regarde le dossier, prend les constantes, vérifie la dernière hémoglobine glyquée, les derniers dopplers... »

M5 « La consultation en deux temps permet d'avoir la supervision juste après et de nous faire gagner du temps et de voir plus de patients »

4.4) Superviser le travail

L'ensemble des médecins étaient d'accord sur la nécessité de superviser le travail.

Cependant trouver une façon concrète de superviser le travail était difficile.

M1 « c'est une nouveauté difficile à imaginer. On n'est pas formé à superviser quelqu'un qui n'a pas la même formation que nous »

La mise en place de réunion a été souvent évoquée.

M2 « Des réunions pluridisciplinaires ou de concertations pédagogique peuvent être faite tous les 3 à 6 mois »

M3 « Des réunions, pour faire un point mensuel ou bi mensuel en fonction des pathologies. Il faut un moment dédié pour débriefer de certains dossiers difficiles »

D'autres solutions ont été envisagées

M2 « le partage d'information, notamment par un logiciel commun »

M3 « Il restera la possibilité d'avoir un dossier à checker »

M5 « Avec un trame pré établie pour l'IPA. C'est faisable pour le diabète, pour les cardiopathes »

M5 « Il faudrait qu'ils créent des comptes rendus pour le patient. Ou on peut faire un compte rendu par mail »

Certaines réserves ont tout de mêmes été évoquées

Certains médecins craignent paradoxalement une surcharge de travail

M5 « La supervision semble difficile et pourrait nous rajouter du travail. Les réunions mensuelles semblent trop lourdes et pourrait nous ajouter du travail »

M3 « Je n'ai pas l'impression que l'on aura gagné du temps »

M6 « si on gagne du temps d'un côté et que l'on en reprend d'un autre pour la révision... faut chiffrer, faut pas que ça déborde »

Les médecins soulignent la nécessité d'un lieu et d'un moment dédié pour une supervision de qualité

M5 « Cela peut être source d'erreur si la communication n'est pas parfaite »

M3 « Alors va se poser le problème du patient qui décompense à distance d'une réunion pour lequel il faut que nous ayons l'information avec un planning surchargé... cela risque d'être une discussion entre deux portes »

M3 « Créer des espaces dédiés [...], par ce que ces échanges à la pause déjeuner, on sait tous que l'on est moins impliqué, moins concentrés »

La révision des dossiers soulève encore quelques questions

M6 « est-il possible de tout revoir ? Parce que ça prend du volume, revoir le problème peut être intéressant mais encore faut-il que l'IPA identifie bien ce qui peut être un problème [...]. Faut-il être exhaustif dans le contrôle ? Je dirai que ça dépend du volume aussi »

4.5) Relation de confiance

Pour l'ensemble des médecins la clé pour pouvoir déléguer la prise en charge des patients est la confiance

M1 « Il faut pouvoir avoir confiance »

Des solutions sont émises pour pouvoir étoffer ce lien de confiance. Celui-ci viendra avec le temps et peut être aidé par la supervision.

M1 « Laisser IPA faire la consultation et revoir le patient dans la journée ou le lendemain »

M1 « Peut-être de temps en temps être en binôme pendant la consultation »

Certaines qualités sont nécessaires d'après les médecins pour être sûr d'avoir un professionnel de santé de qualité en qui on peut avoir confiance

M2 « une maturité professionnelle »

M3 « de la rigueur, de la ponctualité. [...] quelqu'un qui est carré, qui ne s'éparpille pas, qui est organisé. Qui a de bonnes connexions humaines, un bon sens humain... Je pense qu'on peut le cerner assez facilement »

M3 « Quelqu'un qui n'a pas peur de demander, de poser des questions »

M4 « Avoir de l'empathie, c'est fondamental »

M4 « Pouvoir savoir dire quand on ne sait pas, ce n'est pas grave en médecine générale »

M5 « Le professionnalisme, quelqu'un qui sache prendre des initiatives... [...] quelqu'un d'autonome qui ait de la bouteille »

M7 « les qualités générales d'un soignant : écoute, empathie, compétence »

La relation peut être facilitée si le médecin connaît déjà l'infirmière.

M8 « La confiance sous-entend peut être que l'on connaît déjà l'infirmière, que l'on sait qu'elle sera consciencieuse et hésitera pas nous solliciter au moindre doute. »

M4 « Il faut que ce soit quelqu'un que je connais et en qui j'ai confiance »

4.6) Temps d'intégration

Dans les cas où les médecins et futurs IPA ne se connaissent pas, certains médecins évoquent le besoin d'une période de rodage.

M2 « [à propos des consultations en binôme] si cela s'inscrit dans un cadre pluri professionnel la consultation peut être intéressante... si on laisse la main à l'IPA pendant quelques mois [...] pour faire connaissance de la patientèle et prendre en charge les constantes et optimiser les **traitements si besoin** »

M7 « Je pense que la période d'essai est indispensable »

Cette période peut permettre de développer le lien de confiance et à terme d'étendre les tâches que le médecin pourrait vouloir déléguer.

M1 « il faut pouvoir montrer au début notre façon de travailler, comme on peut le faire avec des internes, on passe une journée ensemble et après on les laisse travailler indépendamment »

M4 « Le meilleur moyen est d'avoir l'IPA dans le centre de santé »

M4 « Une délégation plus importante de tâche, si l'on a trouvé un moyen de bien communiquer entre nous... pourquoi pas. Il faudrait que cela soit quelque chose de rodé. Et cela viendrait secondairement »

M7 « Je ne suis pas réfractaire non plus. Peut-être qu'à l'usage je serai convaincu »

5) Le patient

5.1) La sélection des patients.

Les textes de lois encadrent les patients qui relèvent ou non des compétences de l'IPA. Cependant certains médecins insistent sur le fait que ce doit être les médecins qui sélectionnent les patients

M1 « Des patients stables, chez qui le diagnostic a été posé et qui seraient d'accord »

M3 « Je lâcherai la main sur les patients qui vont bien [...] déléguer un patient pour lequel je suis déjà en difficulté je ne le ferai pas »

M4 « Il faut que ce soit nous qui les sélectionnons. Le patient ne devrait pas y avoir accès de lui-même »

M5 « Des patients au domicile, qui ne sont jamais vu au domicile pour évaluer leur mode de vie »

M8 « Des patients qui seraient d'accord..... Ensuite j'imagine des patients avec des pathologies qui entrent dans le cadre de compétence des IPA »

5.2) Les risques pour le patient

Certains médecins interrogés craignent pour la qualité de soins des patients. Ils soulignent que les consultations de renouvellement sont aussi des consultations où l'on s'occupe d'autres motifs.

M8 « Les patients ont souvent d'autres demandes, des plaintes ou des douleurs à prendre en compte... dans ce cas cela révèle du médecin »

M4 « Un patient même équilibré a toujours un motif de consultation autre, qu'il pourrait laisser avancer ou courir en attendant de voir le médecin, et si on ne le voit pas tout de suite le motif n'est pas pris en charge et peut aboutir à de lourdes conséquences et à des retards de prise en charge »

M7 « Il y a de la surprise en consultation souvent, où l'on traite d'autres choses que le motif de consultation initiale »

Certains médecins trouvent que d'ajouter un intervenant risque de fractionner sa prise en charge et de ne pas le considérer dans son entièreté.

M8 « *[Concernant la prise de tension] c'est un moment où l'on est proche du patient on remarque certains détails sur la peau et le visage par exemple* »

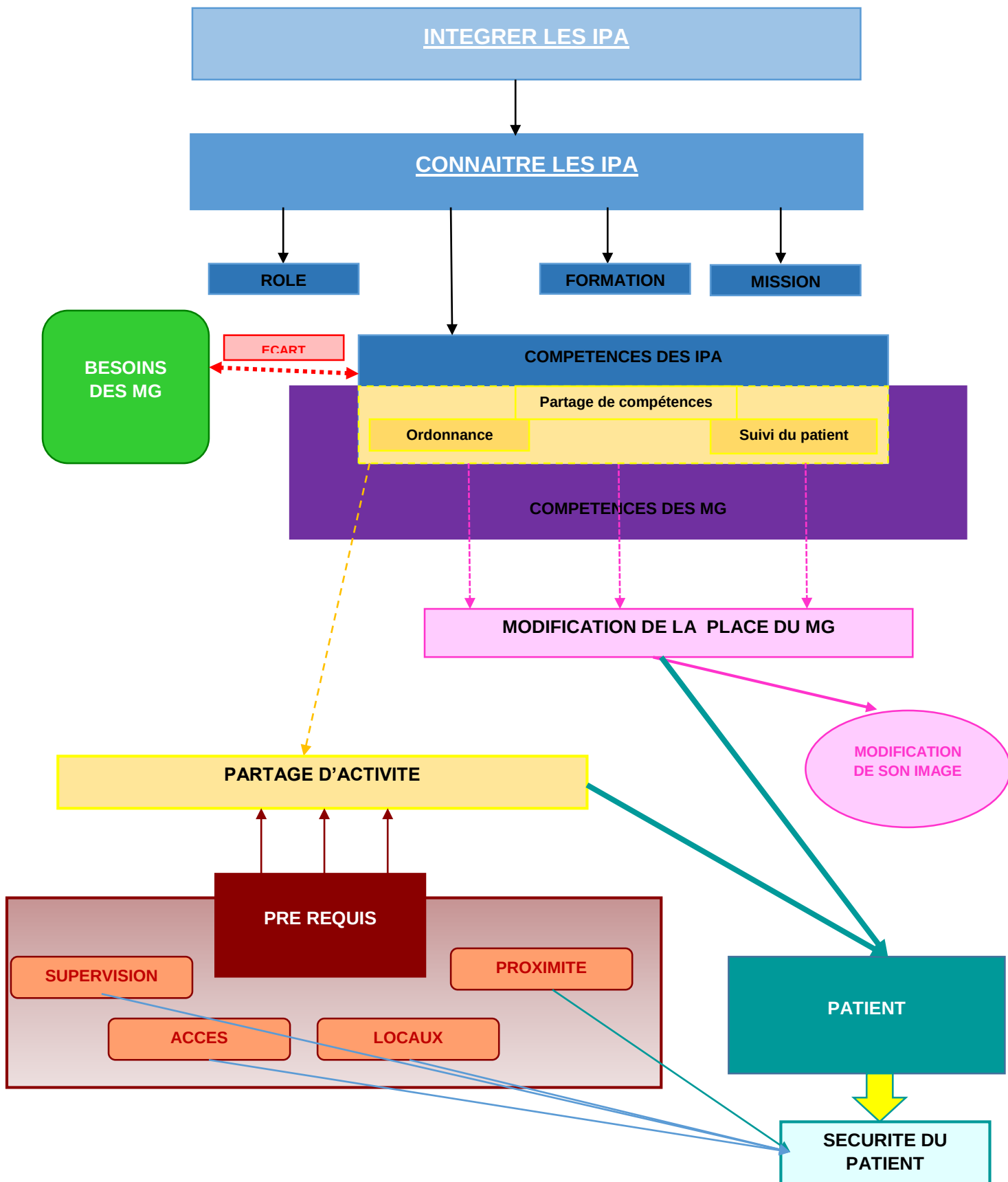
M7 « *Je peux peut être à la limite leur laisser la surveillance 1 fois tous les 6 mois [...] mais je trouve que ça découpe un peu le patient, c'est à dire qu'on va le voir que sous un angle diabète avec l'IPA* »

Par ailleurs certains médecins reviennent sur la place centrale de l'ordonnance et les difficultés de celles-ci qui peuvent aboutir à des erreurs au détriment du patient

M7 « *On voit qu'il y a des ordonnances aberrantes qui peuvent passer facilement à la pharmacie alors qu'elles ont été rédigées par un médecin... c'est donc très délicat de déléguer à moins compétant* »

M4 « *Déjà les pharmaciens nous appellent souvent pour vérifier les traitements de certains patient, s'il y a un intervenant supplémentaire, en plus de nous et des médecins spécialistes, cela peut être source d'erreur* »

6) Modèle explicatif



DISCUSSION

1) Résultats principaux

1.1) Education de la population et des médecins sur les IPA

Les infirmiers en pratique avancée sont déployés sur le territoire depuis 2019 et leur intégration a un impact direct sur les patients et sur les médecins généralistes. Les entretiens de cette thèse ont débuté en 2023 et se sont étalés jusqu'à 2025, soit un recul de 4 à 6 ans par rapport à leur déploiement. L'on constate que sur l'ensemble des médecins interrogés aucun n'avait de notions précises sur les IPA. Ils ne connaissaient pas l'étendue de leurs compétences ni de leur champ d'action. Ce constat peut expliquer un sentiment global de refus à travers cette thèse puisque les médecins n'étaient pas sensibilisés au sujet.

Au début des entretiens, il a été demandé aux médecins ce qu'ils connaissaient des IPA, et les réponses étaient très succinctes et peu détaillées. Pour pallier ce manque de connaissance et pour un bon déroulement de l'entretien, une explication relative aux IPA comportant leur formation, leurs compétences et champs d'action avait été énoncée aux participants. Ensuite il avait été demandé aux médecins s'ils avaient envie de travailler avec une IPA, et la majorité a répondu non. A la suite de l'entretien, malgré leur refus initial, les médecins réussissent quand même, à l'aide des questions, à se projeter et à émettre certaines idées. De nombreux médecins finissent par dire à la fin de l'entretien qu'il faudrait essayer, qu'il faudrait y aller petit à petit. Ainsi, en informant les médecins généralistes et en les impliquant dans les prises de décision, ils semblent moins fermés et plus enclins à modifier leur pratique pour accueillir un(e) IPA.

Les textes de lois récents tendent à ouvrir les compétences des IPA et leur condition d'accès. Ces textes semblent en lien avec les difficultés pour les IPA à

exercer correctement par manque de patients adressés par les médecins. Ainsi désormais les patients peuvent avoir un accès direct à l'IPA (si leur demande est dans leur champ d'exercice). Ce travail de thèse est centré sur les médecins généralistes, cependant, l'avis des patients et des IPA serait également intéressant à recueillir. Un travail de mémoire d'Elodie Richard, une IPA, réalisé en 2024 donne une ébauche de réponse. Ce travail montre l'influence de la façon dont les IPA sont présentés au patient par le médecin. Des médecins ont été interrogés concernant les IPA, l'un d'eux a répondu *“Pour les patients ce n'est pas évident non plus. Comme il entend que les médecins sont pour la plupart réfractaires, ce n'est pas évident pour lui !”*. Pourtant, certains patients avaient franchi le pas grâce à leur médecin généraliste *« C'est le médecin ici qui m'en a parlé après notre premier rendez-vous. Il m'a expliqué ce que c'était, qu'elle avait fait 2 ans en plus à la fac de médecine. Il m'a expliqué comment il travaillait avec elle. J'ai confiance en lui donc j'ai pris le rendez-vous”*. Une IPA explique *«si on peut parler de levier, ce serait l'information que les médecins peuvent avoir de notre pratique, parce qu'en fait y a beaucoup de médecins qui sont réfractaires à la pratique avancée, mais parce que tout simplement, si tu creuses un peu, en fait, tu t'aperçois qu'ils ont des a priori qui sont totalement faux»*

Une étude mixte publiée en 2024, via des questionnaires donnés aux IPA et des entretiens réalisés avec des médecins généralistes en France montrait que les IPA s'intègrent de façon très progressive. Les limites décrites étaient le rôle qui reste ambigu pour certains, une compréhension limitée de leur rôles et une résistance à leur évolution. (11)

Ce travail montre donc deux éléments importants; l'importance du médecin généraliste pour l'acceptation des IPA et la nécessité de l'information des patients concernant ceux-ci.

Ainsi, on peut proposer l'idée d'un travail d'information et d'éducation auprès des français et des professionnels de santé pour favoriser leur intégration.

1.2) Crainte : la place de l'ordonnance et ses conséquences

Tous les médecins ont émis des réticences face au déploiement des IPA. La première est l'impression qu'on leur retire une partie de leur métier. En effet, le renouvellement d'ordonnance est un motif fréquent de consultation et représente une part conséquente de l'activité du médecin généraliste. L'inquiétude n'est pas seulement portée par une crainte d'une perte d'activité mais par une inquiétude pour la sécurité du patient. Les médecins généralistes soulèvent la complexité de la consultation médicale et de la rédaction de l'ordonnance.

En juin 2024, face aux modifications annoncées de la loi RIST, le collège de l'HAS a émis un avis assez prudent sur les nouvelles avancées de la loi, répondant à l'inquiétude des médecins généralistes. Son avis porte sur l'accès facilité aux IPA sans être adressé par le médecin traitant et la primo prescription de certains médicaments. (12)

Le collège de l'HAS reste très prudent quant à ces modifications et indique qu'ils n'y sont favorables que sous certaines conditions. Concernant la primo prescription, ils considèrent que si elle est non symptomatique et sans diagnostic médical préalable elle ne peut être envisagée que de façon exceptionnelle. En effet, une telle primo-prescription, dans le domaine d'intervention "pathologie chronique stabilisée" est en contradiction avec la notion même de pathologie chronique. (12)

Le collège recommande également d'être vigilants concernant la liste des traitements que les IPA sont autorisés à prescrire. Il préconise une limitation sur la nature des anti-infectieux pouvant être prescrits et une prudence sur la balance bénéfice risque de certains traitements comme les inhibiteurs de la pompe à protons, les anti inflammatoires non stéroïdiens, certains antalgiques... Il alerte également sur les risques de polymédication notamment chez les sujets âgés.(12)

La crainte principale est l'erreur médicamenteuse. Un rapport de l'HAS de 2020 recense les erreurs médicamenteuses de mars 2017 à décembre 2019. 256 effets indésirables graves liés aux médicaments sont recensés. (Effet grave : décès, pronostic vital engagé ou dysfonction permanente d'organe). 69% de ses erreurs sont liées aux médicaments et 28% surviennent lors de la prescription. Le problème de l'erreur dans la prescription et de ses conséquences est réel, et les erreurs survenant lors de la prescription incombent aux médecins. La prescription comprend de nombreuses étapes : poser l'indication de l'instauration d'un traitement, choisir le traitement, vérifier l'absence de contre-indications, choisir la dose minimale efficace, expliquer les modalités de prises, vérifier les interactions médicamenteuses et éventuellement les effets secondaires pouvant être attendus. Ces étapes se rajoutent à chaque ajout d'un nouveau médicament et peuvent être fastidieuses lorsque les médicaments se cumulent comme c'est souvent le cas chez les patients atteints de maladie chronique. Malgré une formation médicale longue, il peut y avoir des erreurs et cela nourrit l'inquiétude des médecins vis-à-vis du risque des erreurs d'ordonnances des IPA et leurs potentielles conséquences pour les patients.

En France, il est encore trop tôt pour avoir une notion d'erreurs induites par les IPA. Au Canada, où les IPA sont implantées depuis de nombreuses années, je n'ai pas retrouvé d'études spécifiques sur les erreurs médicamenteuses liées aux

IPA en comparaison aux médecins. Ceci est probablement lié aux problématiques inhérentes à leur recensement. Cependant de nombreuses autres données sont disponibles concernant les soins prodigués par les IP au Canada.

1.3) Perspectives positives

En France on a encore peu de recul sur le travail des IPA en médecine générale à cause de leur intégration timide et récente.

Au Canada, les IPA sont instaurées depuis plus longtemps et on a plus de données sur leur travail. Des examens systématiques de revues/essais comparatifs sont réalisés et révèlent quelques données rassurantes concernant l'efficacité et la sécurité des soins prodigués par les IPA. Ces analyses retrouvent une plus grande satisfaction des patients, une réduction des admissions à l'hôpital et une réduction de la mortalité découlant de soins prodigués par le personnel infirmier en pratique avancée par rapport aux soins pris en charge par les médecins (13). Ils révèlent également que les soins prodigués par des IP par rapport aux soins prodigués par des médecins ou d'autres professionnels de la santé donnent lieu à une offre améliorée de renseignements aux patients (durée de la maladie, soulagement des symptômes et options pour la prise en charge autonome) et à une satisfaction accrue des patients (14)

Concernant un indicateur plus objectif, un autre examen systématique a révélé que les soins prodigués par des IP à des patients souffrant d'hypertension entraînent une diminution considérable de la tension systolique, selon cinq essais menés aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et aux États-Unis. (13).

Les données dans d'autres pays sont donc plutôt rassurantes et la qualité des soins prodigués par les IPA ou médecins est comparable.

Pour la France on dispose de quelques avis qui semblent concordants avec les résultats expliqués ci-dessus. Notamment dans ce travail de mémoire d'Elodie Richard publié en 2024, où des patients sont interrogés sur leur lien avec les IPA. Un des patients explique « *Là elle prend le temps de m'écouter, de m'examiner, elle prend bien ma tension.* » ou encore « *Les IPA sont plus disponibles que les médecins, plus à l'écoute et puis elles aident beaucoup. Elles donnent l'assurance d'être prises en charge.* »

Il faudrait peut-être réaliser des études en France, évaluant la prise en charge des patients qui ont été suivis par des IPA, pour convaincre les médecins généralistes et les patients de leur apport positif concernant la santé et le suivi des patients.

1.4) Les attentes des médecins généralistes

L'arrivée des IPA, dont le but est de faciliter l'accès aux soins à certains patients en déchargeant le médecin de certaines consultations, s'apparente à une "aide" leur étant également destinée.

Cette étude a permis de demander aux médecins de quelle façon ils souhaiteraient être aidés dans leur pratique. La grande majorité des médecins interviewés ont eu du mal à répondre à cette question, cependant, une réponse revenait de façon régulière; ils ne veulent pas se décharger du temps médical. La consultation, le contact avec le patient, l'examen clinique du patient. Aucun médecin ne voulait se défaire de cela.

Avec des patientèles lourdes, des journées de consultation chargées, les médecins ont tout de même admis que certaines parties, bien qu'importantes, étaient souvent survolées telles que le dépistage ou la prévention ou

l'éducation thérapeutique. Certaines missions plutôt administratives semblaient aussi leur faire perdre du temps médical : mettre à jour les dossiers, classer les courriers, vérifier la régularité de certains examens (laboratoire, imagerie, rendez-vous chez le spécialiste, date de réalisation des dépistages et des vaccins). Ils étaient prêts aussi à se décharger de certains actes comme la vaccination, la gestion de pathologie aiguë peu grave nécessitant un arrêt de travail et la rédaction de celui-ci (gastro-entérite, syndrome grippal).

Leurs besoins correspondent en certains points aux assistantes médicales. Il s'agit d'une profession créée en 2019 qui prend en charge trois types de missions. La première est administrative ; l'accueil des patients, la création et gestion de son dossier, la facturation. La seconde concerne la préparation et le déroulement de la consultation ; préparer le patient, l'installer, prendre les constantes, mettre à jour les dossiers concernant les vaccinations, les dépistages, le recueil de certaines informations. La troisième est l'organisation et la coordination des soins pour le patient. Il peut aider à organiser un rendez- vous par exemple. (15)

Ces nouveaux acteurs étaient environ 7240 en décembre 2024, et plébiscités en médecine générale car 75% travaillaient avec un médecin généraliste. (16)

Si les médecins méconnaissent le statut des IPA, leurs attentes décrites à travers les entretiens correspondent surtout aux apports d'une assistance médicale. L'objectif de santé publique, visant à faciliter l'accès à un professionnel de santé se retrouve alors en contradiction avec les envies du médecin et leur philosophie d'exercice. Ce constat inquiète les médecins généralistes interrogés qui se sentent dépréciés par l'état. Les médecins ne se sentent pas écoutés, ils ont l'impression que la complexité de leur travail n'est pas reconnue et vivent l'arrivée des IPA comme un échec. Ces sentiments négatifs nourrissent les préjugés que les médecins ont envers les IPA.

1.5) Réussir la collaboration médecin généraliste - IPA

Un des grands défis ressortant de cette thèse est bien évidemment de créer un lien positif entre le médecin et l'IPA dans l'intérêt du patient. Comme expliqué plus tôt, les médecins manquent de connaissance concernant les IPA. L'inconnue crée de la peur, un sentiment de refus et de méfiance.

Ce sentiment a été retrouvé dans certains entretiens, M6 expliquait "J'avais un peu peur des IPA au début dans un sens, mais maintenant je me rends compte qu'ils sont tellement nuls que les patients iront une fois et pas deux."

Le travail de mémoire d'Elodie Richard de 2024 s'intéressait également à ce lien conflictuel et nous permet d'évoquer le point de vue des IPA. Les IPA interrogés évoquent une relation concurrentielle avec les médecins. Une IPA expliquait *«bah ils ont eu peur de nous en fait... voilà... ils ont eu juste la trouille qu'on leur vole leur travail, qu'on fasse mieux qu'eux»* ou encore *«voilà, d'emblée ce médecin-là, bah il est très conservateur, c'est pas qu'il a pas envie de te confier ses patients, mais il a peur que ton patient dise : Oh bah tout compte fait, c'est mieux quand je vous vois vous que votre médecin ! »*. Certains IPA ne se sentait pas à l'aise vis à vis des médecins de crainte que ce qu'il/elle apporte soit mal interprété *« Et quand je fais des choses qu'eux ne font pas, j'ai quand même l'impression de pointer des choses qui auraient dû être faites en fait, vous voyez ?(...) Enfin moi je trouve que c'est plus délicat de montrer ma plus-value avec les généralistes parce que...parce que j'ai l'impression de montrer ce qu'ils font pas. »*

Dans ce travail, d'après certaines IPA, la rencontre et l'échange avec les médecins avait été important pour assainir la relation; *«Et du coup il faut venir parler, discuter, expliquer, rassurer. Donc ça aussi, si on le fait, ça favorise. C'est un*

facteur favorisant pour le travail en collaboration et l'implantation», «expliquer que c'est un travail collaboratif, qu'il n'y avait aucune raison d'avoir peur des IPA donc j'ai beaucoup œuvré et du coup moi je ressens énormément de changement.»

De nombreux médecins interrogés avaient évoqué “une période d’essai”, et en effet les stages sont une façon d’apprendre à se connaître et à se forger un avis.

Une IPA expliquait « *Ce stage a permis de monter leur plus-value auprès des patients et de motiver les médecins à collaborer puis le fait d’avoir fait ce stage pendant cette longue période on a eu aussi un retour où les patients pouvaient exprimer au médecin...euh...l’intérêt de m’avoir vue en consultation et donc ça a permis de... de... les convaincre* »

Une étude américaine a conclu que faire l’expérience de la collaboration avec une IPA en soins primaires permet une amélioration significative de l’attitude des médecins vis-à-vis de ceux-ci, par rapport à ceux qui n’avaient pas eu cette expérience. (17)

Une revue de la littérature américaine a permis d’explorer les conditions d’une bonne collaboration. L’un des facteurs importants, pour les médecins, était la capacité des IPA à reconnaître leur limite et à demander de l’assistance. Les facteurs favorisant une bonne collaboration étaient également la proximité physique entre les collaborateurs, la disponibilité pour des réunions régulières et l’attitude positive envers la collaboration. (18)

Ces résultats sont concordants avec ceux de notre étude. En effet les médecins expliquaient l’importance d’être présents sur le même site pour faciliter les échanges et intervenir en cas de besoin.

Un article publié en 2022 comparait les caractéristiques des premiers diplômés IPA en France selon leur contexte de pratique (soins primaires vs soins secondaires/tertiaires). Il montre que le modèle français remplit les critères fondamentaux de pratique avancée (compétences cliniques et stratégiques). Il relève parmi les obstacles à leur intégration le manque de création de postes clairs dédiés aux IPA. La création de poste dédié par la HAS pourrait permettre de favoriser leur exercice, de les intégrer au sein du cabinet de créer un lien en médecin généraliste d'une maison de santé et les IPA. (19)

La confiance dépendant de l'expérience, il faudra du temps pour que celle-ci puisse s'installer. La supervision est vue comme un moyen permettant de continuer à suivre les patients tout en évaluant le travail de l'IPA. Le principal frein mentionné est la perte de temps et le flou autour de la méthode de supervision. Différents moyens de supervision ont été évoqués : la revue des dossiers médicaux des patients vus par les IPA, des réunions en présentiel, des comptes rendus écrits envoyés par mail. Ce choix dépend des médecins, des IPA, de leur mode de fonctionnement au sein du cabinet. Un élément semble cependant essentiel pour tous les médecins : un logiciel commun de partage d'information. Il est primordial que les médecins et les IPA aient accès à un dossier commun concernant le patient pour assurer une bonne prise en charge. Bien que chronophage initialement, la supervision permettra de faire une transition jusqu'à ce que la relation de confiance s'installe.

2) Forces et faiblesses de l'étude

2.1) Faiblesses de l'étude

Le travail de thèse s'est étalé sur trois années pendant lesquelles de nouvelles lois sur les IPA sont sorties. Peut-être que les évolutions récentes de lois rendent ce projet de thèse désuet. Le mot intégration signifie qu'il y a une réelle collaboration entre médecin et IPA. Cependant les projets de lois élargissant les primo prescriptions des IPA et permettant un accès direct, sous-entendant qu'il n'y a pas forcément de partage entre IPA et médecins sauf problème. Ainsi le sujet de thèse est progressivement devenu incohérent avec les nouvelles lois.

Ce travail a été réalisé par une doctorante novice. La progression s'est faite au fur et à mesure via les lectures d'ouvrages sur la recherche qualitative pour mener ce travail à bien.

La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes environ. Cela peut être considéré comme une faiblesse étant due au fait que l'investigatrice était peu entraînée à ce type d'entretien. La relance sur certaines notions a pu faire défaut pendant les entretiens.

Certains critères de la grille COREQ n'ont pas été remplis. L'entretien n'a pas été testé au préalable. Les participants n'ont pas réalisé de modification de la retranscription de leurs entretiens.

Par ailleurs, les médecins interrogés ont été recrutés via un appel téléphonique leur proposant de participer à un entretien pour une thèse concernant les infirmières en pratiques avancées. Ainsi, cela a pu induire un biais de sélection,

l'on peut imaginer que les médecins ayant répondu avaient déjà un intérêt qu'il soit positif ou négatif sur le sujet.

Il existe également un biais de l'observateur, en effet, les réponses à cette étude ont été fortement influencées par les ressentis des médecins vis-à-vis des IPA. Certains médecins avaient un ressenti négatif concernant le sujet et ainsi leurs réponses étaient souvent très fermées et rendaient difficile la poursuite de l'entretien.

Le choix initial a été d'ouvrir l'étude à n'importe quel médecin généraliste installé. Or dans les textes de lois, les IPA ne peuvent travailler avec des médecins généralistes uniquement dans des soins de collaboration interprofessionnelle comme les MSP. Ce choix d'ouvrir le recrutement à tous les médecins, même ceux hors MSP, a pu induire un biais. En effet les médecins exerçant seuls, ou hors MSP, sont souvent des médecins refusant le travail de collaboration est donc peu informé sur les IPA, voire même complètement contre. Ce choix est cependant assumé parce que le but était aussi de recueillir un maximum d'avis de tous horizons différents.

L'on peut citer également un biais d'information. Les médecins interrogés avaient globalement très peu d'informations concernant les IPA. Une petite note explicative avait été prévue pour que l'entretien puisse pallier ce manque de connaissance. Cependant cela a tout de même pu créer un biais.

2.2) Force de l'étude

Le caractère qualitatif de l'étude avec réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis aux participants de s'exprimer librement et d'obtenir des réponses qui parfois permettaient d'élargir le cadre de l'étude.

Une triangulation des données a été effectuée au fur et à mesure par un second doctorant en médecine générale, ce qui a permis de s'affranchir des idées préconçues de l'investigatrice.

Un entretien de consolidation a été réalisé lorsque la saturation des données a été atteinte.

Il existe peu d'études qui s'intéressent à l'intégration des IPA dans le système de santé. Cette étude a permis de faire émerger les freins et d'envisager des solutions.

Les résultats de cette étude sont concordants avec celle de Bastien Rutimann menée en 2024 en Alsace Lorraine concernant le ressenti des médecins généralistes vis à vis des IPA en soins primaires. Ainsi depuis bientôt 2 ans, il n'y a pas eu d'évolution sur les freins au déploiement des IPA.

CONCLUSION

L'intégration des infirmiers en pratique avancée est encore un défi.

Les IPA, bien que déployées pour lutter contre la difficulté d'accès aux soins primaires, représentent en réalité un bouleversement pour la médecine générale libérale.

Les médecins généralistes ont toujours été la pierre angulaire des soins premiers, avec l'accueil des patients, leurs prises en charge et l'orientation vers d'autres acteurs du système de soins.

Par l'intermédiaire d'une loi et avec peu d'informations préalables, les médecins ont vu une partie de leur travail déléguée aux IPA.

Si les premières lois tendent vers une collaboration entre les IPA et les médecins, les révisions récentes sont perçues comme un passage en force : accès direct, primo prescription élargies, protocole de soins supprimés, supervision supprimée et support de partage d'information non obligatoire.

La façon dont l'État introduit les IPA a participé à un sentiment de refus, de dépréciation et de colère des médecins.

Médecin généraliste et IPA apparaissent en dualité alors que leur bonne entente est primordiale pour la bonne prise en charge du patient.

Il est important de rétablir un dialogue entre les médecins généralistes et les IPA.

La première étape semble être l'information des médecins généralistes. Celle-ci peut se faire par le biais de campagnes d'information, d'écrits. Ces informations

devraient inclure également les résultats positifs que semblent produire les IPA à l'étrangers depuis de nombreuses années afin de rassurer les médecins.

La seconde étape est la rencontre entre les IPA et les médecins. Celle-ci peut inclure des IPA en postes et des médecins travaillant déjà avec celles-ci pour exposer leur expérience.

Le troisième élément, dépendant des médecins, serait le test. Le stage est un bon moyen pour appréhender le travail des IPA, se faire son propre avis et avoir un premier retour des patients.

Dans l'intérêt des patients suivis, un travail en binôme entre médecin et IPA est important. Il faut que l'IPA puisse se reposer sur un professionnel de santé en cas de besoin. Malgré les différents verrous de sécurité que l'état semble déverrouiller progressivement, médecins et IPA doivent convenir ensemble d'éléments permettant un bon partage des tâches, le tout dans l'intérêt du patient pour sa bonne prise en charge et sa sécurité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins.[Internet] 1er janvier 2023. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
2. DREES. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Mars 2021 [Internet] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
3. INSEE. 68.1 millions d'habitants en 2070: une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. Novembre 2021. [Internet]. Disponible sur :<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
4. LES DOSSIERS DE LA DRESS. L'état de santé de la population française. Septembre 2022. [Internet].Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>
5. Légifrance. Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. [Internet]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>
6. IPA : une formation qui attire "de plus en plus d'étudiants". Décembre 2024. [Internet]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/ipa-specialites/ipa/ipa-une-formation-qui-attire-de-plus-en-plus-detudiants>
7. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée. Janvier 2025. [Internet] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051013550?init=true&page=1&searchField=ALL&tab_selection=all
8. Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien. 2019. Internet. Disponible sur : http://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/nursing/Advanced_Practice_Nursing_framework_f.pdf
9. Horrocks S., Anderson E., Salisbury C. — *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*. BMJ 2002;324:819–823
10. OECD report — *Advanced practice nursing in primary care in OECD countries* (rapport, 2024)
11. Author(s). *Advanced practice nursing implementation in France: A mixed-method study*. Journal of Advanced Nursing. 2024;80(XX):xxx-xxx. doi:10.xxxx/jan.16303

12. Haute Autorité de santé. Avis n° 2024.0053/AC/SBP du 27 juin 2024 portant sur le projet de décret relatif aux conditions de l'accès direct et de prescription initiale des infirmiers en pratique avancée. Saint-Denis : HAS; 2024.
13. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, Rosemann T. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:214. doi:10.1186/1472-6963-14-214
14. Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, van Exel J, Rutten-van Mölken MP, de Bont A. Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health Policy*. 2015;119(9):1176–1187. doi:10.1016/j.healthpol.2015.04.001
15. Ameli. (2025). *Rôle et missions de l'assistant médical*. Assurance Maladie, sur <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/aide-l-emploi-d-assistants-medicaux-dans-les-cabinets/role-et-missions-de-l-assistant-medical>
16. DREES – Études et Résultats n°1268. DREES. (2023, mai). *Médecins généralistes : emploi d'assistants médicaux* (Études et Résultats, n°1268). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1268.pdf>
17. Hu, X. (2024). *Physicians working with physician assistants and nurse practitioners: Perceived effects on clinical practice*. *Health Affairs Scholar*. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae070>
18. Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., & Gardner, A. (2013). *Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review*. *BMC Family Practice*, 14, Article 132. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-132>
19. Implementing advanced practice nursing in France: A country-wide survey. *Nurs Open*. 2022;xx(x):xxx-xxx. doi:10.1002/nop2.1394

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien final

Guide d'entretien
Karen CARBONNET

Sujet de thèse : Comment envisager au quotidien la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmiers en pratique avancée ?

Introduction :

Bonjour, je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien. Je m'appelle Karen Carbonnet. Je suis interne en dernière année de médecine générale. Mon travail de thèse fait suite à l'arrivée des infirmiers en pratique avancée en médecine générale dans notre système de soins. Les textes de lois informent vis-à-vis des compétences des infirmières en pratique avancée mais il n'y a pas de recommandations pratiques sur leur façon d'exercer et sur leur intégration au système de soins. Je souhaite donc interroger des médecins généralistes afin de recueillir leur avis et leurs idées sur la façon dont on peut les intégrer en soins premiers. Je vous rappelle que cet entretien est enregistré, et que la retranscription fera l'objet d'une anonymisation. Etes-vous toujours d'accord en ces termes pour participer à l'enregistrement /de cette interview ? Pour la suite de l'entretien, nous pourrions utiliser le terme IPA pour se rapporter aux infirmiers en pratique avancée.

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) Dans un second temps je souhaiterais recueillir les informations que vous avez sur les IPA. Avez-vous entendu parler des IPA ? Si oui, pouvez-vous m'en dire plus sur leur rôles et missions ?

Je voudrai enfin vous questionner sur la façon dont on peut intégrer les infirmiers en pratique avancées dans notre pratique.

3) Envisagez vous de travailler avec une IPA ? Pouvez-vous expliciter votre réponse ?

4) Comment pensez vous pouvoir intégrer les IPA à votre pratique ?

5) Quelles sont les missions que vous pourriez leur confier ?

Quelles sont les missions dont vous aimeriez vous libérer ?

6) Quels types de patient pensez-vous confier aux IPA ? Comment les sélectionner ?

7) Que pensez vous d'instaurer des consultations en binômes avec les IPA ?

8) Comment organiser un suivi entre le médecin traitant et les IPA ?

9) Comment pensez vous pouvoir superviser leur travail ? Quels moyens pensez vous mettre en œuvre à cet effet ?

10) Quels sont les critères de « recrutement » important chez une IPA ?

Reformulation : Quels sont les éléments chez une IPA qui vous inciterait à travailler avec lui/elle ?

Annexe 2 : Guide entretien initial

Guide d'entretien
Karen CARBONNET
Version n°6 – Modifiée le 17/09/2024

Sujet de thèse : Comment envisager au quotidien la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmiers en pratique avancée ?

Introduction :

Bonjour, je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien. Je m'appelle Karen Carbonnet. Je suis interne en dernière année de médecine générale. Mon travail de thèse fait suite à l'arrivée des infirmiers en pratique avancée en médecine générale dans notre système de soins. Les textes de lois informent vis-à-vis des compétences des infirmières en pratique avancée mais il n'y a pas de recommandations pratiques sur leur façon d'exercer et sur leur intégration au système de soins. Je souhaite donc interroger des médecins généralistes afin de recueillir leur avis et leurs idées sur la façon dont on peut les intégrer en soins premiers.

Je vous rappelle que cet entretien est enregistré, et que la retranscription fera l'objet d'une anonymisation. Etes-vous toujours d'accord en ces termes pour participer à l'enregistrement /de cette interview ? Pour la suite de l'entretien, nous pourrions utiliser le terme IPA pour se rapporter aux infirmiers en pratique avancée.

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) Dans un second temps je souhaiterais recueillir les informations que vous avez sur les IPA.

Avez-vous entendu parler des IPA ? Si oui, pouvez-vous m'en dire plus sur leur rôles et missions ?

Les champs de compétence des IPA en médecine générale sont : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et diabète de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.

Les IPA agissent pour : la prévention, l'éducation, le dépistage, les examens complémentaires de suivi qu'ils soient clinique ou paraclinique, le renouvellement de prescription ou éventuellement l'adaptation thérapeutiques.

Je voudrais enfin vous questionner sur la façon dont on peut intégrer les infirmiers en pratique avancée dans notre pratique.

3) Envisagez-vous de travailler avec une IPA ? Pouvez-vous expliciter votre réponse ?

4) Comment pensez-vous pouvoir intégrer les IPA à votre pratique ?

5) Quelles sont les missions que vous pourriez leur confier ?

Quelles sont les missions dont vous vous aimeriez vous libérer ?

6) Quels types de patient pensez-vous confier aux IPA ? Comment les sélectionner ?

7) Que pensez-vous d'instaurer des consultations en binômes avec les IPA ?

8) Que pensez-vous d'une pré consultation pour préparer ensuite la consultation avec le médecin ? Quel serait le contenu de cette consultation ?

9) Comment organiser un suivi entre le médecin traitant et les IPA ?

10) Comment pensez-vous pouvoir superviser leur travail ? Quels moyens pensez-vous mettre en œuvre à cet effet ?

11) Quels sont les critères de « recrutement » important chez une IPA ?

Reformulation : Quels sont les éléments chez une IPA qui vous inciterait à travailler avec lui/elle ?

13) « Avez-vous une remarque supplémentaire avant de terminer l'entretien ? »

Annexe 3 : Arrêté de 2025 de la loi RIST 2023 concernant les prescriptions élargies

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

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

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

- traitements antihypertenseurs de première ligne pour les hypertensions de grade 1 sans retentissement et à l'exclusion des bêtabloquants : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2), inhibiteur calcique, diurétique thiazidique en monothérapie et de préférence en monoprise ;
- polygraphie ventilatoire nocturne pour le dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil ; 30 avril 2025 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 32 sur 153
- traitements hypoglycémisants de première ligne, conformément aux recommandations en vigueur, chez un patient diabétique de type 2
- dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie capillaire : lecteur de glycémie, bandelettes d'autocontrôle de la glycémie, autopiqueur, lancettes.

Annexe 4 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions	Réponses
<u>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</u>			
Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur / Animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Karen Carbonnet
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Médecin généraliste remplaçant
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience. Formation via lecture d'ouvrage.
Relation avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Parfois oui et parfois non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Qu'il était médecin généraliste non thésé et qu'il s'agissait d'un entretien dans le cadre d'une thèse
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Le nom, prénom et l'objectif de l'entretien
<u>Domaine 2 : Conception de l'étude</u>			
Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants			
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Via appels étendus, sur la base du volontariat
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone ou par contact direct
12.	Taille de l'échantillon	Combien de personnes ont été incluses dans l'étude ?	9 participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	Aucune
Contexte			
14.	Cadre de collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet du médecin interrogé, au domicile du médecin interrogé, ou à mon domicile
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 ?	Médecin généralistes installés dans les Hauts de France
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	IL y a un guide d'entretien semi-dirigé. Pas de teste au préalable.
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, un enregistrement audio.
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles étaient prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Des notes ont étaient prises après l'entretien.
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?	De 10min 07 sec à 35 min 12 sec.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Jusqu'à saturation des données
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Att
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir de données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word et Excel
28.	Vérification des participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, par des extraits. Oui, par identification anonyme.
30.	Cohérence des données et résultat	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

AUTEURE : Nom : CARBONNET

Prénom : Karen

Date de soutenance : 21 janvier 2026

Titre de la thèse : Comment envisager au quotidien la collaboration entre médecin généraliste et infirmier(e)s en pratique avancée ?

Thèse – Médecine – Lille 2025

Cadre de classement : Thèse de Médecine

DES + FST/Option : Médecine générale

Mots-clés : Médecin généralistes, infirmiers en pratique avancée, intégration, médecine libérale

Résumé :

Contexte : Le système de soins Français est soumis à deux constats alarmants. Le premier est le vieillissement de la population et l'augmentation de la proportion de maladie chronique dans la population, nécessitant un suivi médical régulier. Le second est le vieillissement de la population des médecins généralistes et le nombre de médecins généralistes non remplacés. Pour faire face à la demande de soins grandissantes, et en s'inspirant des modèles étrangers, depuis 2019, l'Etat déploie les infirmiers en pratiques avancées sur le territoire français. Ce sont des infirmiers qui peuvent intervenir dans la prise en charge de patients suivis pour des pathologies chroniques. Cependant leur arrivée bouleverse la médecine générale et nécessite une adaptation.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée à partir de huit entretiens semi dirigés menés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts de France. L'analyse s'est inspirée de la théorisation ancrée. Une triangulation des données a été effectuée.

Résultats : Cette étude met en évidence un manque de connaissance, à la fois de la population et des médecins généralistes, vis-à-vis des infirmiers en pratique avancés, expliquant leur intégration encore timide en médecine générale. La délégation de la prescription médicamenteuse, et l'ouverture à la primo-prescription de certains médicaments provoque de nombreuses réticences chez les médecins généralistes. Les objectifs de l'Etat prévus en déployant les infirmiers en pratiques avancées ne correspondent pas aux attentes des médecins généralistes pour limiter le temps administratif au profit du temps médical.

Conclusion : Le premier levier qui permettrait de favoriser l'intégration des infirmiers en pratique avancée semble être l'information. Il faut d'une part, éduquer les patients, pour leur permettre de savoir dans quelles conditions consulter une infirmière en pratique avancée. Il faut d'autre part, éduquer les médecins généralistes pour pouvoir les rassurer concernant leurs compétences, leur formation et leurs champs d'action. Malgré la réticence de certains médecins, leur coopération semble essentielle pour assurer la sécurité du patient.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur : Monsieur le Docteur Antoine DELFORGE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT