



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES  
UNIVERSITAIRES**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)  
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THÈSE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**RÜTTIMANN Bastien**

le 25 mai 2023

**LE RESENTI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LORRAINE À PROPOS DU  
RÔLE ET DE L'INTÉGRATION EN SOINS PRIMAIRES DES INFIRMIERS EN  
PRATIQUE AVANCÉE.**

**Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président

Mme La Professeure Nelly AGRINIER

Juge

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Juge

M. le Professeur Olivier BOUCHY

Directeur et juge

**Présidente de l'Université de Lorraine :**  
**Madame Hélène BOULANGER**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
Pr Louise TYVAERT

**Assesseurs :**

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

**Chargé de mission**

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

**Présidente du Conseil Pédagogique** : Pr Louise TYVAERT  
**Président du Conseil Scientifique** : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE  
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN  
Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE  
Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET  
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD  
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN  
Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER  
Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE  
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP  
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET  
Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLÉ - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER  
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL  
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT  
Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -  
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI  
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE  
Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU  
Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ  
Faiez ZANNAD

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>er</sup> sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

### 43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>er</sup> sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ

Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>er</sup> sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR

Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

Professeur Jacques JONAS

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4<sup>e</sup> sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>er</sup> sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>er</sup> sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

#### 4<sup>e</sup> sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>er</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>e</sup> sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

## **48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

### **2<sup>e</sup> sous-section : Médecine intensive-réanimation**

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

### **3<sup>e</sup> sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

### **4<sup>e</sup> sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie**

Professeur Nicolas GIRERD

### **5<sup>e</sup> sous-section : Médecine d'urgence**

Professeur Tahar CHOUIHED

## **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Neurologie**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER  
Professeure Louise TYVAERT

### **2<sup>e</sup> sous-section : Neurochirurgie**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -  
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

### **4<sup>e</sup> sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie**

Professeur Bernard KABUTH

### **5<sup>e</sup> sous-section : Médecine physique et de réadaptation**

Professeur Jean PAYSANT

## **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Rhumatologie**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

### **2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

### **3<sup>e</sup> sous-section : Dermato-vénéréologie**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

### **4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

## **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Pneumologie ; addictologie**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

### **2<sup>e</sup> sous-section : Cardiologie**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN  
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

### **3<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

### **4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

## **52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

### **2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie viscérale et digestive**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

### **3<sup>e</sup> sous-section : Néphrologie**

Professeur Luc FRIMAT

### **4<sup>e</sup> sous-section : Urologie**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

### **53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY  
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

#### **3° sous-section : Médecine générale**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

### **54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Pédiatrie**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Cyril SCHWEITZER

#### **2° sous-section : Chirurgie infantile**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

#### **3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

#### **4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

### **55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Oto-rhino-laryngologie**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU  
Professeur Patrice GALLET

#### **2° sous-section : Ophtalmologie**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

#### **3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**

Professeure Muriel BRIX

=====

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

#### **61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

#### **64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

#### **65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

#### **66° Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

#### **53° Section, 3° sous-section : Médecine générale**

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

#### **42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : Anatomie**

Docteur Bruno GRIGNON

#### **44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN  
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

##### **2° sous-section : Physiologie**

Docteure Iulia-Cristina IOAN

#### **45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

##### **2° sous-section : Parasitologie et mycologie**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

#### **46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention***

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN  
Docteur Abdou OMOROU

##### **2° sous-section *Médecine et Santé au Travail***

Docteure Isabelle THAON

##### **4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

#### **47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion***

Docteure Maud D'AVENI

##### **2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie***

Docteure Lina BOLOTINE

##### **3° sous-section : *Immunologie***

Docteure Alice AARNINK

##### **4° sous-section : *Génétique***

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

#### **48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

##### **3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA - Docteure Élise PAPE (stagiaire)

#### **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

##### **2° sous-section : *Neurochirurgie***

Docteur Fabien RECH

#### **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

##### **4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

#### **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

##### **3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire***

Docteur Fabrice VANHUYSE

#### **54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

##### **1° sous-section : *Pédiatrie***

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

##### **3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale***

Docteur Charline BERTHOLD

##### **4° sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale***

Docteure Eva FEIGERLOVA

##### **5° sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale***

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

#### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

##### **5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

##### **63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES**

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

##### **64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

##### **65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

##### **69° Section : NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

**90<sup>e</sup> Section : MAÏEUTIQUE**

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences  
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL

(2007)

*Université de Dundee (Royaume-  
Uni)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

*Université de Wuhan (CHINE)*

Professeur David ALPERS (2011)

*Université de Washington (U.S.A)*

Professeur Martin EXNER (2012)

*Université de Bonn*

(ALLEMAGNE)



# REMERCIEMENTS

---

## À notre Maître et Président du jury :

**Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO**

*Professeur des Universités de Médecine Générale,*

*Directeur du département de Médecine Générale,*

*Coordonnateur du DES de Médecine Générale.*

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce travail de recherche.

Votre engagement complet dans la formation de futurs médecins généralistes nous inspire le plus grand respect.

Veillez trouver ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

**À nos Maîtres et Juges :**

**Madame la Professeure Nelly AGRINIER,**

*Professeur des Universités*

*Praticien Hospitalier en épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Nous sommes honorés de votre participation à notre jury de thèse et de l'intérêt porté à notre travail. Soyez assurée de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,**

*Professeur des Universités de médecine interne,*

*Membre du bureau de la Fédération des Spécialités Médicales*

*Trésorier du Conseil National Professionnel de médecine interne.*

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Nous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous y avez porté. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

**Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY,**

*Professeur Associé de Médecine Générale*

*Coordonnateur Associé.*

Dès notre première entrevue, vous avez accepté de diriger ce travail et je vous en suis profondément reconnaissant. Je vous remercie pour votre soutien et tous vos conseils avisés aux différentes étapes de cette recherche.

## **À ma Famille et tout particulièrement :**

À ma Maman, merci pour tout ce que tu m'as apporté depuis ma plus tendre enfance, merci pour ta gentillesse et ton éducation. Merci pour ton soutien et tes encouragements tout au long de mes études et durant ce long travail.

À mon Papa, qui m'a donné envie d'exercer cette profession. Ton parcours professionnel est un exemple précieux. Merci pour ton soutien et tes conseils avisés. J'espère te rendre fier avec ce travail.

À ma petite sœur, merci pour ton soutien et tous les bons moments passés ensemble. Je suis admiratif de ton parcours en tant que kinésithérapeute en réanimation. Ton implication pour tes patients est un exemple pour moi.

À mon frère, depuis longtemps docteur, merci d'avoir ouvert la voie. J'admire ta rectitude et ton dévouement pour ton métier.

À mon amour Cléo, merci pour ton soutien sans faille même dans les moments difficiles. Merci d'avoir été là tous les jours pour me pousser à réaliser ce travail, tu as été une source de motivation indéfectible.

À Jean François et Patricia pour votre gentillesse et nos sorties gustatives réconfortantes. Merci d'avoir élevé une fille presque parfaite. Encore merci à toi, Patricia, pour tes longues heures de relecture et de correction de ce travail.

À ma famille Grenobloise, Papi, Sophie et les cousins, je pense à vous. À Tatie qui m'a permis de me consacrer pleinement à ma thèse.

À Syd et Nina, merci pour le réconfort apporté durant ces longues heures de recherche et de rédaction.

**À mes amis et tout particulièrement :**

À Yoann, Marine, Vincent, Charles, Pierre, Idin, Matthieu, Etienne, Thomas, Hélène et Valentin pour tous ces merveilleux moments passés ensemble qui m'ont permis de décompresser durant ces longues études.

À Valentin M. rencontré devant la BU de médecine, qui même avec la distance reste un ami cher.

À Guillaume pour toutes ces soirées musicales et poétiques à Nancy.

À mes anciens co-internes Jean Philippe, Sarah, Patrick, Gérald, Karen, Camille et Maëlle pour les moments de bonheur passés en votre compagnie ainsi que de votre soutien lors des journées difficiles à l'hôpital.

À tous les copains de la fac pour tous ces bons moments passés en cours, à la BU et en soirée.

À la R-Foone, aux RRW.

**À tous les médecins ayant participé à l'étude,**

Qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Je vous remercie de votre implication et de votre disponibilité malgré un emploi du temps chargé.

**Au Docteur Pierre Leyendecker,**

Qui m'a pris sous son aile au début de mon internat et m'a partagé sa belle vision de la médecine générale. Tu m'as partagé tes connaissances puis tu m'as fait confiance pour le suivi de tes patients. Je t'en suis infiniment reconnaissant.

**Au Docteur Vincent Crocitti,**

Tu as partagé ton expérience et tes connaissances en médecine générale. Je te remercie pour ces 6 mois de compagnonnage.

**Aux Docteurs Boyer, Robardet et Lang,**

Merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir confié vos patients au cours de mes remplacements dans votre cabinet de médecine.

# SERMENT

---

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>8</b>
<b>SERMENT .....</b>	<b>13</b>
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>16</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>ÉTAT DES LIEUX .....</b>	<b>18</b>
I. DÉFINITIONS .....	18
1) <i>La pratique avancée infirmière.....</i>	<i>18</i>
2) <i>Les soins primaires.....</i>	<i>18</i>
3) <i>Les domaines de la pratique avancée .....</i>	<i>19</i>
4) <i>Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires.....</i>	<i>19</i>
II. HISTORIQUE DE LA PRATIQUE AVANCÉE DANS LE MONDE ET EN FRANCE .....	20
III. L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS PRIMAIRES .....	23
1) <i>Rôle et compétences.....</i>	<i>24</i>
2) <i>La formation de l'infirmier en pratique avancée.....</i>	<i>27</i>
3) <i>La rémunération de l'infirmier en pratique avancée.....</i>	<i>28</i>
IV. MOTIVATION AU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES INFIRMIÈRES AVANCÉES EN FRANCE.....	29
1) <i>Vieillesse de la population.....</i>	<i>29</i>
2) <i>Augmentation des patients atteints de maladies chroniques.....</i>	<i>31</i>
3) <i>L'évolution d'un modèle hospitalo-centré vers les soins primaires.....</i>	<i>33</i>
4) <i>Démographie médicale et déserts médicaux.....</i>	<i>33</i>
5) <i>Augmentation de la demande de soins.....</i>	<i>37</i>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES .....</b>	<b>38</b>
I. CHOIX DE LA MÉTHODE .....	38
II. POPULATION ÉTUDIÉE.....	38
1) <i>L'échantillonnage.....</i>	<i>38</i>
2) <i>La sélection des participants .....</i>	<i>38</i>
III. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF .....	39
IV. LA PRISE DE CONTACT .....	39
V. L'ORGANISATION DES GROUPES DE DISCUSSION .....	40
VI. DÉROULEMENT DES FOCUS GROUPS.....	41
VII. ANALYSE DES DONNÉES .....	41
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>42</b>
I. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON .....	42
II. RÉSULTATS DES FOCUS GROUPS .....	45
1) <i>Les connaissances des médecins généralistes à propos des IPA .....</i>	<i>45</i>
2) <i>La perception des médecins généralistes sur la place de l'IPA dans le système de soins .....</i>	<i>51</i>
3) <i>Le ressenti des médecins généralistes sur la collaboration entre médecins et IPA en soins primaires.....</i>	<i>55</i>
4) <i>La perception des médecins généralistes sur la relation IPA-patients .....</i>	<i>60</i>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>66</b>
I. INTÉRÊT DE LA MÉTHODOLOGIE .....	66
II. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....	66
1) <i>Points forts de l'étude.....</i>	<i>66</i>
2) <i>Limites de l'étude .....</i>	<i>67</i>
III. DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS.....	68
1) <i>Infirmier en pratique avancée, un métier méconnu des médecins généralistes .....</i>	<i>68</i>
2) <i>Un métier plutôt mésestimé qui inquiète les médecins généralistes.....</i>	<i>69</i>
3) <i>La confiance est un élément indispensable à l'intégration des IPA.....</i>	<i>72</i>
4) <i>Quelles conséquences pour le patient ?.....</i>	<i>73</i>
5) <i>Réformer un système de soins.....</i>	<i>74</i>
6) <i>Inspiration des IPA hospitalières .....</i>	<i>77</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>88</b>

I.	ANNEXE 1 : LISTE DES ACTES TECHNIQUES QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À EFFECTUER SANS PRESCRIPTION MÉDICALE ET, LE CAS ÉCHÉANT, À EN INTERPRÉTER LES RÉSULTATS POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI (MODIFIÉ PAR L'ARRÊTÉ DU 11 MARS 2022)	88
II.	ANNEXE 2 : LISTE DES ACTES DE SUIVI ET DE PRÉVENTION QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À DEMANDER, POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI (MODIFIÉ PAR L'ARRÊTÉ DU 11 MARS 2022)	89
III.	ANNEXE 3 : LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX NON SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE OBLIGATOIRE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE (MODIFIÉ PAR L'ARRÊTÉ DU 11 MARS 2022)	89
IV.	ANNEXE 4 : LISTE DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI (MODIFIÉ PAR L'ARRÊTÉ DU 11 MARS 2022)	90
V.	ANNEXE 5 : LISTE DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À RENOUVELER OU À ADAPTER POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI (MODIFIÉ PAR L'ARRÊTÉ DU 11 MARS 2022)	93
VI.	ANNEXE 6 : LISTE DES AFFECTIONS LONGUE DURÉE (30)	93
VII.	ANNEXE 7 : LE GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS	94
VIII.	ANNEXE 8 : DIAGRAMMES ET TABLEAUX DE CODAGE	96
	<b>RESUMÉ DE LA THESE</b>	<b>102</b>



# LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

<b>ACI</b>	Accord Conventionnel Interprofessionnel
<b>ACNP</b>	Acute Care Nurse Practitioner
<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>ANP</b>	Advanced Nurse Practitioner
<b>ANSM</b>	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASALEE</b>	Action Santé Libérale en équipe
<b>CII</b>	Conseil International Infirmier
<b>CNOM</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<b>CNS</b>	Clinical Nurse Specialist
<b>CPTS</b>	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>EPP</b>	Évaluation des Pratiques Professionnelles
<b>ESP</b>	Équipe de Soins Primaires
<b>ETP</b>	Éducation Thérapeutique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	(Loi) Hôpital Patient Santé et Territoires
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<b>IDE</b>	Infirmier(ière) Diplômé(e) d'État
<b>IPA</b>	Infirmier(ière) en Pratique Avancée
<b>MNT</b>	Maladies Non Transmissibles
<b>NP/APNN</b>	Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>NP</b>	Nurse Practitioner
<b>PHCNS</b>	Public Health Clinical Nurse Specialist
<b>UE</b>	Unité d'Enseignement
<b>UNCAM</b>	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

# INTRODUCTION

---

Le système de santé Français est en crise depuis quelques années et a besoin d'être réformé. Cette crise, touchant aussi bien les hôpitaux que les soins de premiers recours, s'explique par de nombreux facteurs.

Le nombre de médecins diminue depuis la fin des années 2000 notamment chez les médecins généralistes et ces professionnels de santé sont inégalement répartis sur le territoire rendant l'accès aux soins de plus en plus difficile pour les patients (1). Les délais de rendez-vous sont de plus en plus longs, l'accès à certaines spécialités devient problématique et il est désormais même difficile de trouver un médecin traitant (2). Cette difficulté d'accès aux soins est d'autant plus préoccupante qu'elle s'accompagne d'une augmentation de la demande de soins (3). En effet nous assistons à un vieillissement de la population française (4), s'accompagnant fatalement d'une augmentation des maladies chroniques et de la complexité des prises en charge (5).

Les limites du système de santé ont été particulièrement mises en lumière par la pandémie du SARS COV2 ces dernières années (6).

La réorganisation du système de santé et des soins de proximité est nécessaire et elle a déjà débuté. En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) a été votée et prévoyait une modernisation des établissements de santé, un accès de tous à des soins de qualité, une meilleure prévention des maladies et une réorganisation territoriale du système de santé (7). Des agences régionales de santé (ARS) ont été créées pour renforcer le « pilotage de la santé en région, mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité du système de santé » (8). Une politique d'incitation à l'installation dans les zones sous dotées a été entreprise et une réorganisation des soins primaires a été planifiée avec le projet de disparition de l'exercice isolé au profit des pôles de santé.

En 2018, le Président de la République a présenté le plan « Ma Santé 2022 » avec pour objectif principal le renforcement des soins primaires en luttant contre les déserts médicaux. Il encourage la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et le développement des assistants médicaux (dont le rôle est d'épauler le médecin généraliste en réalisant des tâches administratives et des actes simples (prise de paramètres, pose d'ECG...) dans le but d'alléger le travail du médecin et d'augmenter le nombre de patients vus. Ce plan a également annoncé la fin du numérus clausus (effectif en 2021) qui permettra de former plus de médecins et qui vise à développer la numérisation du monde de la santé et la télémédecine (9).

Entre temps, en 2016, la loi de modernisation des systèmes de santé a posé le cadre juridique de la pratique avancée et a créé le métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) qui vise à améliorer la qualité des soins, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et favoriser l'accès aux soins (10).

À ce jour, les infirmiers en pratique avancée commencent à s'implanter au sein des soins primaires et en coopération avec des médecins généralistes. Le métier d'IPA en est à ses balbutiements et le ressenti des médecins généralistes par rapport à cette nouvelle profession est encore mal connu. Il nous a paru intéressant de questionner des médecins généralistes de Lorraine sur ce nouvel acteur.

L'objectif de ce travail est donc d'étudier le ressenti des médecins généralistes sur le rôle et la place des IPA dans les soins primaires.

# ÉTAT DES LIEUX

---

## **I. Définitions**

### **1) La pratique avancée infirmière**

Il n'existe pas encore de véritable définition « officielle » de la pratique avancée infirmière en France. Pour la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS), la pratique avancée est « le développement approfondi des compétences et connaissances pratiques de soins infirmiers à un niveau avancé afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé en pleine mutation » (11).

La définition qui fait référence actuellement est celle établie par le Conseil International Infirmier (CII) en 2008 : Une Infirmière de Pratique Avancées est « une infirmière 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'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée » (12). Les définitions nationales actuelles des infirmiers en pratique avancée concordent le plus souvent avec cette définition générale du CII, mais les types d'exercices de la pratique avancée diffèrent selon les pays, cette définition est donc souvent adaptée au contexte de chaque pays.

Pour le confort de lecture, le terme « infirmier en pratique avancée » sera écrit au masculin, comme dans les textes officiels récents.

### **2) Les soins primaires**

Le terme « Soins Primaire » vient de l'anglais « Primary Health Care », un terme apparu dans les années 60. Définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Alma Mata en 1978, les soins de santé primaires ou « soins de premier recours » sont considérés comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination [...] Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » (13). Le professionnel de santé en soins primaires est donc le premier interlocuteur des patients au sein du système de santé. Cette place est habituellement occupée par le médecin généraliste en France.

Il existe trois modèles types de soins primaires (14) :

- le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ;
- le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste représentant le pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) ;
- le modèle professionnel non hiérarchisé : ce modèle est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires (Allemagne, Canada).

Le système de santé français appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé mais « emprunte des caractéristiques d'organisation similaire aux deux autres modèles » (14).

Si la définition des soins primaires est bien établie au niveau international, elle a été plus difficilement consensuelle en France et a laissé la place à de nombreuses interprétations. La loi HPST a donné en 2009 une définition des soins de premier recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité » (7). Les soins de premier recours comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 proposait la création d'équipes de soins primaires (ESP), qui ont été introduites dans le Code de la santé publique ainsi : « constituées autour de médecins généralistes de premier recours, elles contribuent à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours » (15).

### **3) Les domaines de la pratique avancée**

D'après le Ministère de la santé et des solidarités (11), la pratique avancée recouvre :

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

Les domaines d'interventions de la pratique avancées sont (16) :

- les pathologies chroniques stables et poly-pathologie courante en soins primaires ;
- l'onco-hématologie ;
- la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- la psychiatrie et santé mentale ;
- les urgences.

### **4) Les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires**

L'arrêté du 18 juillet 2018 a fixé la liste des pathologies chroniques stabilisées (17) :

- 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.

## **II. Historique de la pratique avancée dans le monde et en France**

Initialement les pratiques avancées infirmières sont apparues aux États-Unis à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle notamment dans le domaine de l'anesthésie et de la santé mentale pour suppléer l'absence de médecin spécialiste et « rendre les soins plus humains » (18). Un demi-siècle plus tard, en 1954, est créé le premier cursus de formation d'infirmière clinicienne spécialisée (Clinical Nurse Specialist ou CNS) pour la psychiatrie et celui d'infirmière praticienne spécialisée (Nurse Practitioner ou NP) apparaît en 1965 en pédiatrie (19). Dans les années quatre-vingt-dix, ces deux fonctions ont été regroupées sous l'appellation d'infirmière de pratique avancée.

Les pratiques avancées se sont développées progressivement à partir des années soixante aux États-Unis devant la difficulté d'accès aux soins notamment à cause de grands espaces à couvrir et du manque de médecins disponibles (20), le but étant d'améliorer l'accès aux soins particulièrement dans les zones où les médecins étaient peu présents. L'une des principales motivations au développement des pratiques infirmières avancées est donc de résoudre les problèmes d'offre et de demande dans les soins primaires.

Au Canada, les « Advanced Nurses Practitioners » (ANP) existent depuis les années 60 pour subvenir aux besoins dans les soins primaires et pour devenir le premier point de contact des patients entrant dans le système de santé. Le terme « Advanced Nurses Practitioners » (équivalent de l'infirmier en pratique avancée) regroupe les « Nurses Practitioners » ou « Primary Health NPs » (PHCNPs), les « Acute Nurses Practitioners » (ACNPs) et les « Clinical Nurses Specialists » (CNSs) (21).

- les « Nurses Practitioners » sont des infirmiers avec une formation supplémentaire et une expérience. Ils ont surtout des compétences cliniques : ils ont la possibilité de diagnostiquer, demander et interpréter des examens complémentaires, prescrire des traitements médicamenteux et non médicamenteux ;
- les « PHCNPs ou Family NPs » sont des « Nurses Practitioners » qui travaillent dans des centres de soins communautaires, dans des équipes de soins primaires et dans les soins de longue durée. Leurs objectifs principaux sont la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement de pathologies aiguës mineures et la surveillance et la gestion des pathologies chroniques stabilisées ;
- les « ACNPs » sont des infirmiers spécialistes qui travaillent dans des services spécialisés en apportant une prise en charge infirmière avancée ;
- les « CNSs » sont des infirmiers avec un master ou un doctorat dans les soins infirmiers. Leur rôle inclut la collaboration, l'éducation, la recherche et le leadership. Ils contribuent au développement des connaissances et de la pratique infirmière basée sur les preuves. Ils ont des responsabilités plus importantes dans des activités non cliniques.

Au Royaume-Uni, la pratique avancée apparaît dans les années 70, puis connaît un essor suite à la Directive européenne de 2004 qui diminuait le temps de travail des médecins débutants (« junior doctors ») (22).

Les pratiques avancées se sont ensuite progressivement étendues dans le monde. À ce jour plus de 90 pays ont adhéré au réseau Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network (NP/APNN) et ont indiqué avoir un intérêt dans les pratiques avancées infirmières mais ce chiffre n'est pas représentatif des pays ayant développé ces rôles de manière active (23). Le réseau NP/APNN a été créé par le CII au début des années 2000 et vise à repérer la

diffusion du concept dans le monde et offre à harmoniser les pratiques, la formation, l'encadrement, la recherche et la régulation dans ce domaine.

En France, les premières réflexions ont commencé à partir de 2002 avec les travaux du Professeur Berland Y. qui était chargé par le ministère de la Santé de réaliser un rapport sur la démographie des professions de santé. Ce rapport alarmait sur la forte diminution de la densité médicale dans les régions françaises sur les 20 prochaines années (24). Dix propositions étaient rédigées dont une mentionnait qu'il fallait « redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre différentes professions de santé ». Un second rapport a été réalisé en 2003 pour étudier les potentielles coopérations entre professionnels de santé, notamment via le transfert des tâches et de compétences. D'après ce rapport nommé « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », il semblait indispensable et urgent d'envisager une nouvelle organisation des soins et une délégation de compétences (25). En effet, il en ressortait que face à la réduction annoncée du nombre de médecins, des collaborations entre les différents professionnels de la santé permettraient d'optimiser les soins.

En 2006, le Professeur Berland Y. a présenté un autre rapport sur les « cinq expérimentations de coopération et de délégation des tâches entre professionnels de santé » qui démontrait la faisabilité de la réalisation d'actes médicaux par des professionnels paramédicaux préalablement formés dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour le patient (26).

Par la suite, le vote du 21 juillet 2009 de la loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et notamment l'article 51, a permis la mise en place des transferts d'actes ou d'activités de soins à titre dérogatoire via des protocoles de coopération (7). Ces protocoles doivent être soumis et validés par la Haute Autorité de Santé (HAS), avant d'être autorisés par arrêté par les directeurs des ARS. Cette délégation des soins est une façon de contourner les limites posées par la loi : selon le code de la santé publique, le médecin est différent des « auxiliaires médicaux » car seul le médecin peut déroger au principe de protection de l'intégrité du corps humain. Il est donc nécessaire de disposer d'une prescription médicale pour effectuer des soins aux patients. Les interventions des autres professionnels de santé sont des dérogations à ce concept via une liste d'actes. Pour contourner ces limites, les protocoles de coopération sont mis en place de façon locale et peuvent concerner :

- des actes techniques (avec ou sans prescription médicale) : spirométrie, vaccination, sérologies, échographies trans thoraciques... ;
- des consultations de suivi ;
- l'interprétation d'examens complémentaires ;
- prescription d'examens complémentaires.

La mise en place de ces protocoles nécessite une formation des infirmiers qui n'est pas diplômante et porte sur l'activité déléguée. Elle nécessite une expérience d'au moins deux ans dans le domaine concerné. L'infirmier reste sous délégation médicale avec peu d'autonomie et pas de revalorisation salariale. Ce statut reste en fait différent de la pratique avancée car le niveau d'étude, la responsabilité et la prise de décision ne sont pas les mêmes. Un des protocoles de coopération les plus connus est le protocole Action Santé Libérale en Équipe (ASALEE) qui est une association de médecins généralistes qui met en place une collaboration entre médecins généralistes et infirmiers avec comme objectif de développer la prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique (ETP) en soins primaires.

En 2011 le député de Meurthe et Moselle Henart L. a présenté un nouveau rapport nommé « Métiers en santé de niveau intermédiaire – Professionnels d’aujourd’hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer » qui en réponse à l’inégalité de l’accès aux soins, à la diminution du « temps médical » secondaire à la démographie médicale en régression et à une demande de soins en majoration, au vieillissement de la population, juge impératif la création de métiers en santé intermédiaires, entre médecins et paramédicaux (27).

Aux termes de ce rapport, plutôt que de transférer un acte spécifique entre deux professionnels de santé (dans le cadre de protocoles de coopération), il est apparu préférable de travailler à la création de professions intermédiaires en santé en cernant le champ des nouveaux métiers. Ces métiers se différencieraient des métiers socles par un niveau élevé de compétences, de qualification de niveau master, conduisant à une prise de responsabilité identifiée. Il est aussi suggéré au ministère en charge de la santé en France, la création d’une fiche métier, c’est-à-dire une description détaillée qui énonce les missions et les activités. L’attention est attirée sur le fait que les futurs nouveaux métiers seraient construits à partir des métiers paramédicaux existants et ne seraient pas redondants avec un métier déjà créé. Ces préconisations seront finalement entendues et la notion de pratique avancée comme nouveau rôle des auxiliaires médicaux sera officialisée par son inscription dans la loi française début 2016. Les auxiliaires médicaux sont des professionnels de santé définis par le Livre III du Code de la Santé Publique (28). Ce terme regroupe, entre autres, les professions d’infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d’ergothérapeute, d’orthophoniste...

La loi de modernisation des systèmes de santé de janvier 2016 dite « loi Touraine » institue un exercice en pratique avancée (10). L’article L4301-1 précise que « Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d’une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d’une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d’un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire ». Les conditions d’exercice, d’accès à l’université et les règles d’exercice y sont également décrites.

Dans les années suivantes paraissent plusieurs décrets d’application de la loi 2016 de modernisation de notre système de santé :

- Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l’exercice infirmier en pratique avancée qui définit les domaines d’intervention et les activités de l’infirmier exerçant en pratique avancée (29). Il précise les conditions de prise en charge et d’information du patient et les modalités de coopération entre le médecin et l’IPA. Les domaines d’intervention sont :
  - les pathologies chroniques stabilisées ;
  - l’oncologie et l’hémato-oncologie ;
  - la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
  - la psychiatrie et Santé mentale (ajouté par le décret n°2019-835 du 12 août 2019 (30)) ;
  - les urgences (annoncé fin 2019 par Mme Buzyn et ajouté par le Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021(31))
- Le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d’État d’infirmier en pratique avancée qui crée un diplôme d’État d’infirmier en pratique avancée délivré par l’université et reconnu au grade de master (32).
- L’arrêté du 18 juillet 2018 qui fixe la liste des pathologies chroniques stabilisées (17):
  - 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.
- L'arrêté du 18 juillet 2019 qui fixe les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée : il décrit la liste des actes techniques que l'IPA peut effectuer, des actes de suivi et de prévention qu'il peut demander, des dispositifs médicaux non soumis à la prescription médicale obligatoire qu'il est autorisé à prescrire et des prescriptions médicales qu'il peut adapter ou renouveler ; ce texte a été modifié par l'arrêté du 12 août 2019 puis par l'arrêté du 11 mars 2022. (Disponible en annexes 1, 2 et 3).
  - L'arrêté du 18 juillet 2017 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée modifié par l'arrêté du 12 août 2019 et par l'arrêté du 22 octobre 2021 (33). Il définit les référentiels d'activité, de compétence et de formation.
  - Le décret n°2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'Assurance Maladie : il modifie l'article R. 4311-7 du code de la santé publique (30). L'IPA peut renouveler (et adapter si besoin) la prescription de tous les actes infirmiers de cet article pour un patient dont il assure le suivi. Il autorise la prescription de bilans sanguins et d'autres prélèvements. L'IPA peut renouveler les médicaments relevant de la liste I et II et les médicaments classés comme stupéfiants dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3.
  - L'arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'Ordre des infirmiers : il précise l'obligation de l'IPA d'être inscrit au tableau ordinal (34).

La France a finalement débuté la formation des infirmiers en pratique avancée en 2018 avec l'arrivée des premiers diplômés en 2019. D'après l'Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée, en 2021 la France comptait 935 IPA formés (35).

En décembre 2022, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a été promulguée. L'article 40 prévoit une expérimentation de 3 ans où « l'État peut autoriser les infirmiers en pratique avancée à prendre en charge directement les patients dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique. Un compte rendu des soins réalisés par l'infirmier en pratique avancée est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé. » (36).

Finalement, une proposition de loi portant sur « l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé » a été adoptée le 19 janvier 2023 par l'assemblée nationale (37). Elle prévoit le développement de la pratique avancée en France notamment par l'ouverture de « l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée dans le cadre d'un exercice coordonné, pour que les patients puissent se rendre directement chez ces professionnels sans passer en amont par un médecin ». Elle prévoit également l'ouverture de la primo prescription aux IPA.

### **III. L'infirmier en pratique avancée en soins primaires**

L'objectif de l'implantation des infirmiers en pratique avancée consiste à améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, favoriser



l'accès aux soins et réduire les coûts liés aux dépenses de santé. L'infirmier en pratique avancée constitue un nouveau métier se trouvant à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. Il dispose de compétences élargies par rapport à l'infirmier diplômé d'état (IDE). Ce nouveau métier se caractérise par le fait que des professionnels médicaux peuvent exercer des missions jusque-là réservées aux médecins.

### 1) **Rôle et compétences**

Le CII a défini les pratiques des IPA et inclut sept principales activités (38) :

- la liberté de prescription ;
- la liberté de demander des examens complémentaires tels que des analyses biologiques et des examens d'imageries ;
- la liberté de réaliser un diagnostic ou un bilan de santé ;
- la possibilité d'indiquer un traitement médical ;
- assumer la responsabilité des patients dont ils ont la charge ;
- la liberté d'adresser les patients à d'autres professionnels de santé ou de la sphère médico-sociale ;
- être le professionnel de référence et le premier point de contact des patients ayant des pathologies chroniques.

D'après le CII, les IPA doivent développer des compétences dans des domaines spécifiques et être capable de prodiguer une prise en charge performante avec un haut degré d'autonomie. Ils doivent être reconnus pour leur leadership par l'équipe de soins primaires et les patients. Ils doivent avoir recours à des preuves scientifiques pour guider leurs pratiques, intégrer leurs connaissances en soins infirmiers à leur expérience clinique, comprendre, mener et disséminer la pratique infirmière basée sur les preuves. Ils devront montrer leur capacité à planifier, mettre en œuvre, participer, et évaluer des programmes de santé en accord avec les besoins des patients et des services ; faire des analyses critiques du système de santé et des stratégies politiques.

Les infirmiers en pratique avancée devront donc en fait assumer un rôle traditionnellement occupé par les médecins, par conséquent, l'implication de ces derniers est essentielle pour le succès de l'intégration des IPA.

L'infirmier en pratique avancée a différents rôles dans les soins primaires. Tout d'abord l'IPA suit des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées (qui sont définies par l'arrêté du 18 juillet 2018 (17)). L'un des rôles principaux est de participer à la prise en charge globale du patient qui lui sera confié par le médecin traitant. Le patient est donc adressé par le médecin, il s'agit d'une orientation qui est différente d'une délégation des actes, l'IPA ne travaille pas sur prescription médicale. Cependant le diagnostic et le choix des thérapeutiques sont réalisés par le médecin. Le but n'est pas de prendre la place du médecin généraliste par une substitution totale mais d'être complémentaire au médecin via une substitution partielle, dans le but d'aboutir à un « skill mix » (mélange de compétences) adapté (39).

Le référentiel d'activités et de compétences des IPA est disponible et détaille les actes et les compétences des IPA en général puis les détaille selon les spécialités (40). Nous avons repris ci-dessous les rôles de l'IPA définis par la loi :

#### a) **La pratique clinique**

Ce rôle est défini en France par l'Article R4301-3 modifié par le Décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021 – art 1 (41). L'IPA peut :

- réaliser un entretien qui inclut l'élaboration de l'anamnèse et la réalisation d'un examen clinique ;
- conduire une activité d'éducation, de prévention et de dépistage ;
- effectuer des actes d'évaluation et de conclusion clinique ainsi que des actes de surveillance clinique et para-clinique. Il peut adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou complémentaires ou de l'environnement du patient. Il peut également adapter son suivi en fonction de l'adhésion et de l'adaptation du patient à son traitement et évaluer les risques liés aux différents traitements ;
- repérer les situations d'urgences qui nécessitent un avis médical. Il peut orienter le patient vers un médecin ou des personnels du médicosocial
- effectuer des actes techniques et demander des actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes (Annexe 1 et 2) ;
- prescrire des médicaments non soumis à la prescription médicale obligatoire figurant sur la liste de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) (42) et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 (43) ;
- prescrire des dispositifs médicaux non soumis à la prescription médicale obligatoire inscrits sur la liste (Annexe 3) ;
- prescrire des examens de biologie médicale inscrits sur la liste (Annexe 4) ;
- renouveler, en adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine (Annexe 5).

Les IPA spécialisés en « Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires » pourront renouveler et parfois adapter la posologie en dehors des situations de dégradation de l'état de santé du patient (40) :

- des traitements anti-thrombotiques ;
- des traitements antidiabétiques ;
- du traitement de l'insuffisance respiratoire chronique ;
- des traitements médicamenteux anti-épileptiques (sans adaptation de posologie) ;
- des traitements des maladies cardiovasculaires y compris le traitement des facteurs de risque ;
- des traitements médicamenteux anti-parkinsoniens (sans adaptation de posologie) ;
- de traitements médicamenteux prescrits pour des pathologies associées à la pathologie princeps.

Ils pourront également prescrire et adapter la posologie d'aliments diététiques, prescrire des bilans d'activité physique, renouveler des prescriptions de soins infirmiers, prescrire et renouveler des traitements de sevrage tabagique et finalement renouveler des prescriptions de traitement de sevrage de l'alcool.

#### b) La recherche clinique

L'infirmier en pratique avancée a un rôle dans la recherche clinique : il peut analyser des données probantes afin de les utiliser pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il peut également produire des données scientifiques et professionnelles dans le cadre d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique (ETP), d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il peut finalement réaliser ou collaborer à des projets de recherches cliniques.

### c) La collaboration

Les modalités de coopération entre l'IPA et le médecin sont également définies par la loi (44). Un protocole d'organisation doit être établi, entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée et doit être signé par les deux parties. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

Ce protocole précise :

- le ou les domaines d'intervention concernés ;
- les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ;
- les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ;
- les modalités et la régularité des réunions de concertation pluri-professionnelles destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;
- les conditions de retour du patient vers le médecin.

Le médecin, après concertation avec le ou les IPA, détermine les patients auxquels un suivi par un IPA est proposé (45). Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'État de l'IPA, délivré par l'université.

Le médecin et l'IPA partagent les informations nécessaires au suivi du patient. Le médecin met à la disposition de l'infirmier le dossier médical du patient et les résultats des interventions de l'IPA sont reportés dans le dossier médical, le médecin en est évidemment tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.

Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA (46). Ces modalités figurent dans un document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin. Ce document est remis au patient par le médecin traitant. Cet acte précise la composition de l'équipe, la fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation et les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'infirmier exerçant en pratique avancée. Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'IPA sans conséquence est bien sûr souligné.

NB : Ces modalités pourraient être prochainement modifiées par les textes de loi actuellement examinés qui pourraient ouvrir l'accès direct aux IPA (37).

### d) Le « leadership »

L'IPA doit être reconnu et avoir de la légitimité auprès des patients, des équipes de soins, du secteur social et des instances publiques. Il doit participer à l'évolution des savoirs par des actions de formation aux professionnels et les accompagner dans l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par des sociétés savantes reconnues.

Ce rôle inclut également la transmission des savoirs par l'encadrement de futurs IPA et la participation à l'enseignement universitaire.

L'IPA peut participer et mettre en œuvre des méthodes d'évaluation de pratiques professionnelles en concertation avec le médecin et l'équipe, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Finalement, il peut participer à l'élaboration et à l'évaluation de protocoles de soins, de référentiels de bonnes pratiques et établir des rapports auprès des organismes tels que la HAS, l'ARS, etc.

## **2) La formation de l'infirmier en pratique avancée**

Tout infirmier ou titulaire d'un diplôme lui permettant d'exercer la profession infirmière peut prétendre à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Le diplôme d'état (DE) est ouvert en formation initiale dès l'obtention de la licence en soins infirmiers mais pour être autorisé à exercer, les professionnels doivent justifier de trois années d'exercice de la profession d'infirmier en équivalent temps plein. Cette formation est délivrée dans des établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités tels que les universités de médecine, certains instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) en collaboration avec les universités, ou des pôles de formation des professionnels de santé.

La formation est découpée en 4 semestres. La première année est généraliste et les semestres 1 et 2 sont communs à tous les étudiants infirmiers en pratique avancée quel que soit leur spécialité (pathologie chroniques stabilisées/prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ; oncologie-hématologie ; néphrologie-dialyse ; santé mentale et psychiatrie ; urgences).

Cette première année est composée de 10 unités d'enseignements (UE) (40) :

- deux UE « Clinique » dont l'objectif est d'apporter des connaissances sémiologiques, thérapeutiques et sur l'évaluation des patients atteints par les pathologies concernées ;
- une UE « Sciences infirmières et pratique avancée » dont l'objectif est de comprendre les fondements de l'exercice en pratique avancée ;
- une UE « Responsabilité, éthique, législation, déontologie » pour connaître les règles, la déontologie et les principes éthiques et juridique de la pratique avancée ;
- une UE « Langue vivante » pour acquérir les connaissances en anglais médical notamment pour appréhender la lecture d'articles scientifiques ;
- une UE « Méthodes de travail » pour acquérir des compétences numériques ;
- une UE « Formation et analyse des pratiques professionnelles » ;
- une UE « Santé Publique » ;
- une UE « Recherche » pour connaître les principes et les méthodologies en recherche, connaître les bonnes pratiques cliniques et les éléments d'analyse critique de la littérature scientifique ;
- finalement, une UE « Stage » d'une durée minimale de 2 mois.

La deuxième année dépend de la spécialité choisie. Les UE Recherche et Langue vivante restent communes et s'y rajoutent des UE spécifiques à la formation choisie. Notre travail concernant spécifiquement les soins primaires et pour ne pas surcharger ce chapitre, nous allons uniquement détailler les enseignements pour la spécialité « Pathologie chroniques stabilisées : prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires » (40) :

- une UE « Base Fondamentales » dont l'objectif est de « connaître les pathologies, leurs mécanismes physiologiques, les données épidémiologiques ainsi que les méthodes d'investigation et les thérapeutiques » ;

- une UE « Clinique » destinée à connaître la séméiologie des pathologies listées ; connaître les relations entre les pathologies et les marqueurs biologiques ; connaître les indications médicamenteuses et les différentes classes thérapeutiques ; connaître les mécanismes d'action et les effets indésirables de ces traitements ; connaître les stratégies thérapeutiques selon les pathologies et connaître les modalités de surveillance biologique et d'imagerie médicale » ;
- une UE « Parcours de Santé » destinée à « maîtriser la conception, la mise en place, la coordination et l'évaluation des parcours de santé » et « assurer le lien entre l'ensemble des acteurs du parcours de santé, notamment le lien ville-hôpital » ;
- lors du quatrième semestre, l'étudiant devra réaliser un stage d'une durée minimale de 4 mois.

Les stages cliniques se déroulent dans des établissements de santé publics ou privés ou auprès de professionnels de santé exerçant en ville. L'objectif des stages est de permettre d'apprendre à conduire un entretien avec un patient, de réaliser une anamnèse, de pratiquer un examen clinique tout d'abord seniorisé par un médecin puis en autonomie, renouveler des traitements ou prescrire des examens complémentaires. L'IPA devra prendre en compte les besoins du patient, réaliser des activités de prévention, d'éducation, d'orientation et de conseil. Il participera à l'organisation des parcours entre soins primaires, spécialistes et structure du médico-social.

À la fin de la formation, l'étudiant doit présenter un mémoire de fin de cursus en lien avec la mention choisie.

### **3) La rémunération de l'infirmier en pratique avancée**

L'avenant 7 a été signé entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et la profession à la convention nationale des infirmiers (47). Ce texte a été adopté suite à l'arrêté du 30 décembre 2019 (48) et il définit les modalités de valorisation des infirmiers exerçant en pratique avancée « exerçant à titre libéral qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel en tant qu'activité exclusive en pratique avancée ou en tant qu'activité concomitante à une autre activité d'infirmier libéral (activité mixte) ».

« Un forfait valorisé à hauteur de 20 euros par patient serait facturable une fois par l'infirmier en pratique avancée, lors du premier contact avec le patient » (48). Ce forfait d'éligibilité valorise le premier entretien et l'anamnèse réalisé par l'IPA pour vérifier l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA. Si le patient est éligible au suivi, la prise en charge peut se poursuivre et sera valorisée avec d'autres forfaits. Un premier forfait (le forfait initial) de 58,90 euros peut être facturé par l'IPA chaque année par l'IPA lors du premier contact annuel du patient. Un deuxième forfait (le forfait de suivi) de 32,70 euros est facturable par l'IPA trimestriellement à la suite du premier contact annuel. Une majoration liée à l'âge du patient d'une valeur de 3,90 euros peut être associée à ces forfaits pour les patients de moins de 7 ans ou de plus de 80 ans (MIP). Les frais de déplacement sont également pris en charge et se cotent en association à chaque forfait via le code de prestation IFI (indemnité forfaitaire de déplacement infirmier).

Il existe également plusieurs aides mises en place :

- un forfait annuel de 400 euros pour les IPA conventionnés et jusqu'à 1120 euros pour ceux exerçant en zone de sous densité médicale ;
- une aide financière de début d'activité de 27 000 euros, versée sur deux ans, mais pour percevoir cette aide, l'IPA devra remplir certaines conditions :

- 17 000 euro la première année si l'IPA justifie le suivi d'au moins 50 patients ;
- 10 000 euros la deuxième année si l'IPA justifie le suivi d'au moins 150 patients ;
- au-delà de 300 patients, les IPA ne perçoivent plus l'aide ;
- sont éligibles à cette aide, uniquement les Infirmiers en pratique avancée s'installant en libéral mais se consacrant uniquement à la pratique avancée et les infirmiers libéraux installés souhaitant consacrer leur activité uniquement à la pratique avancée.

Le 27 juillet 2022 un nouvel avenant (l'avenant 9) a été signé entre les syndicats et l'UNCAM (49). « Cet accord valorise de plus de 20% les forfaits de prise en charge existants » et permet également la « prise en charge ponctuelle de nouveaux patients à la demande du médecin ». L'avenant 9 a fait l'objet d'une approbation et est paru au Journal Officiel du 18 novembre 2022 (50).

- le « forfait d'initiation du suivi-1<sup>er</sup> contact » est valorisé à 60 euros, facturable lors du 1<sup>er</sup> contact avec un patient confié par le médecin ;
- le « forfait de suivi » est valorisé à 50 euros, qui sera facturable une fois par trimestre ;
- si un patient est orienté par le médecin vers l'IPA pour la réalisation d'un suivi ponctuel, un « bilan ponctuel IPA », valorisé à 30 euros, a été mis en place et pourra être facturé une fois par an. Ce bilan « comprendrait une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique et si besoin la réalisation de prescriptions » ;
- si le patient est adressé par le médecin vers l'IPA, de manière ponctuelle, pour la réalisation d'un ou de plusieurs « actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA », un acte pourra être facturé sous le nom de « séance de soins ponctuelle IPA » valorisée à 16 euros, facturable maximum 4 fois par an avec au minimum un mois d'intervalle entre deux séances ;
- la majoration liée à l'âge du patient (MIP) pourra être appliquée dans ces différents cas ;
- le montant des aides à l'installation en zone sous dotée sera majorée à 40 000 euros ;
- les actes de vaccination sont également revalorisés.

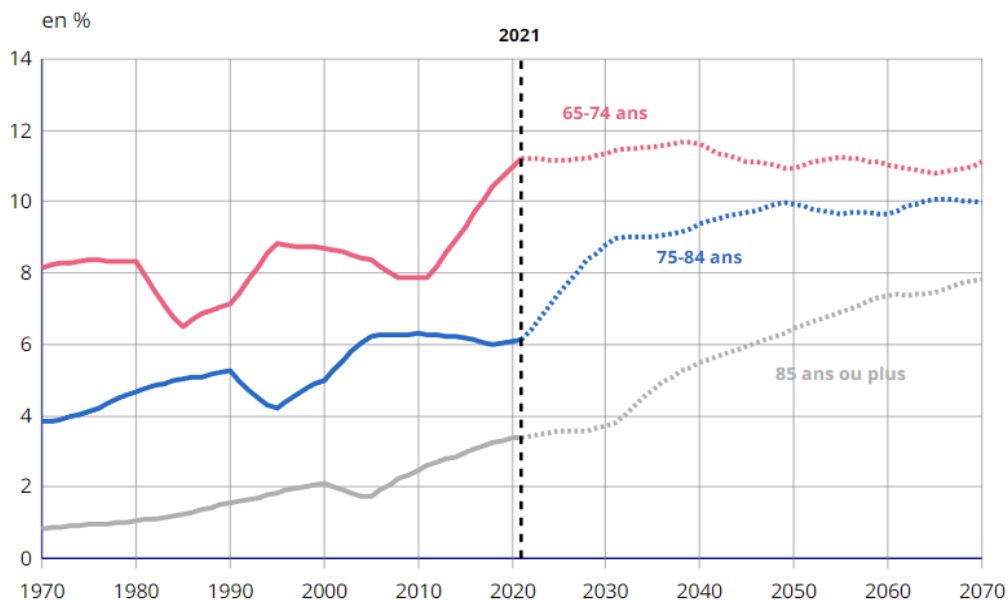
#### **IV. Motivation au développement des pratiques infirmières avancées en France**

##### **1) Vieillesse de la population**

La France fait face à une transition démographique avec un vieillissement certain de sa population. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2070, la France compterait 68.1 millions d'habitants soit presque 700 000 de plus qu'en 2021 (4). L'INSEE réalise des projections de population en utilisant différentes hypothèses. Dans cette partie nous allons nous référer à l'hypothèse dite « centrale » où l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) se stabiliserait à 1.80 enfant par femme à partir de 2022 avec un âge moyen de maternité qui augmenterait à 33 ans et se stabiliserait en 2052. Concernant la mortalité, on assisterait à un allongement de l'espérance de vie, qui selon cette hypothèse « centrale », pourrait atteindre 90 ans pour les femmes et 87,5 ans pour les hommes.

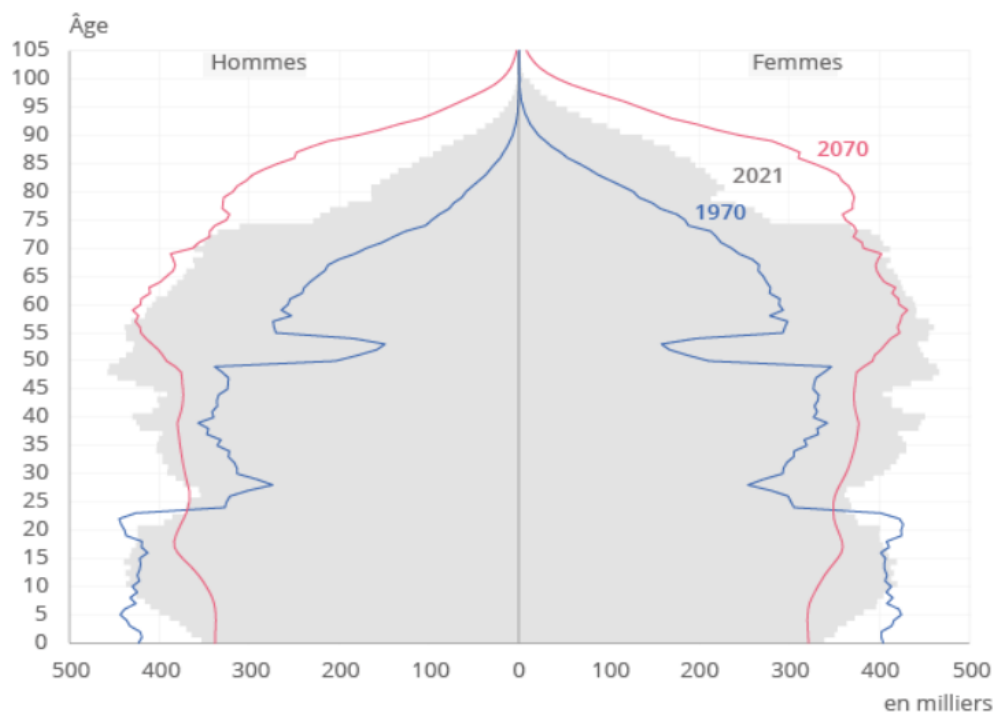
Selon le scénario central, le nombre d'habitants âgés de 75 ans ou plus augmenterait de 5.7 millions en 2070, le nombre d'habitants de moins de 60 ans devrait diminuer de 5 millions sur cette période et la part des personnes âgées de 60 à 74 ans resterait stable (Figure 1). La population française est donc vieillissante, par l'augmentation des personnes âgées et la diminution de la population jeune. On assistera donc à un élargissement du sommet de la pyramide des âges (Figure 2).

Figure 1. Répartition des 65 ans ou plus de 1970 à 2070 selon le scénario central



Champ : France métropolitaine jusqu'en 1990, France hors Mayotte de 1991 à 2013, France à partir de 2014  
 Source : Insee, estimation de population et scénario central des projections de population 2021-2070

Figure 2. Population par sexe et âge en 1970, 2021 et 2070



Champ : France  
 Source : Insee, estimations de population et scénario central des projections de population 2021-2070 de population 2013-2070

Une des principales conséquences du vieillissement de la population est l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Les personnes âgées sont davantage touchées par ces maladies que le reste de la population et s'ajoute la notion de poly-pathologie qui est fréquente dans cette fraction de la population.

## **2) Augmentation des patients atteints de maladies chroniques**

Les maladies chroniques sont un motif de consultation fréquemment rencontré en médecine générale (51). Elles représentent un enjeu pour le système de santé et en soins primaires.

L'OMS a défini les maladies non transmissibles (MNT) ou maladies chroniques comme « des maladies de longue durée d'évolution, généralement lente » et « ne se transmettant pas d'une personne à une autre » (52). Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ces maladies représentent la principale cause de décès dans le monde. Cette définition de l'OMS ne prend pas en compte tous les facteurs qui conditionnent la notion de chronicité car la durée ne peut pas être considérée comme seul critère. Il existe des maladies qui durent toute une vie mais qui sont peu handicapantes contrastant avec des pathologies d'évolution plus rapide qui hypothèquent lourdement la qualité de vie et la durée de la survie.

Une autre définition plus précise, celle du Haut Conseil de la Santé Publique (53), caractérise les maladies chroniques par :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
  - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;
  - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
  - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

En France, selon un rapport de l'OMS datant de 2022, on estime qu'en 2019, les MNT ont été responsables de 87% de l'ensemble des décès (54), dominé par les cancers et les maladies cardiovasculaires (55). Les facteurs de risques principaux sont l'usage de l'alcool, la sédentarité, le tabagisme, l'obésité et les facteurs environnementaux comme la pollution. En 2019, 11.4 millions de personnes affiliées au régime général de L'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD) soit 19% des assurés (56). Onze ans auparavant, en 2008, on en dénombrait 8.3 millions. On note alors une augmentation de 2.9 millions des personnes bénéficiant de ce dispositif durant cette période. La liste des ALD est disponible en annexe 6.

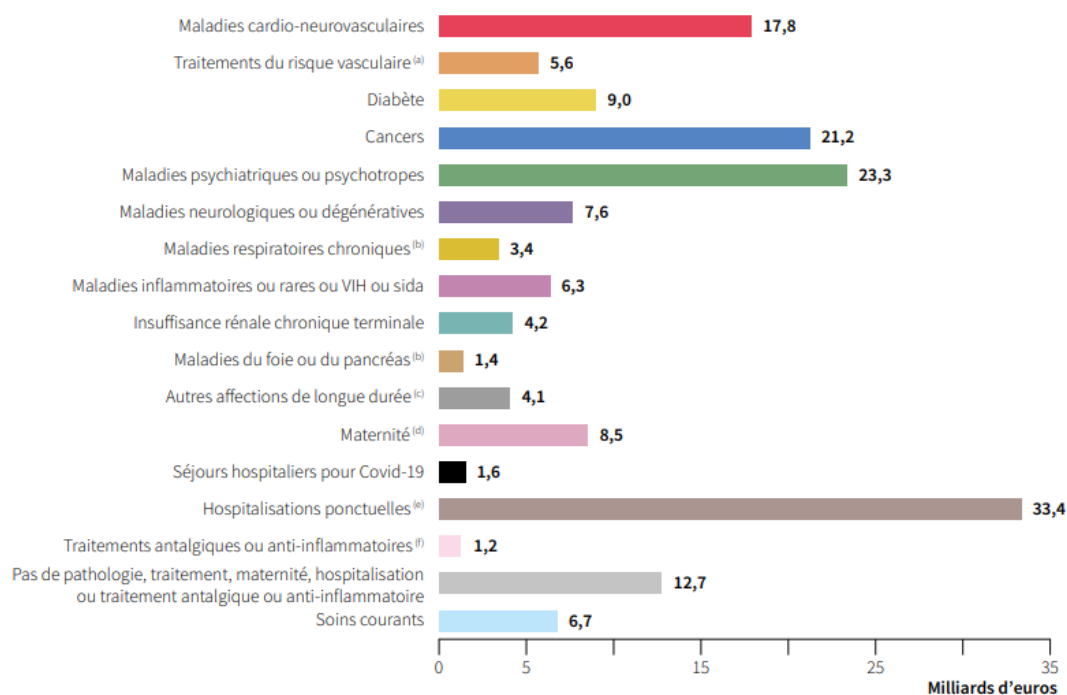
La prévalence des maladies chroniques augmente (57). Cette évolution est secondaire au progrès médical qui transforme certaines maladies aiguës mortelles en pathologies chroniques, aux modifications des habitus (alimentation, activité physique) et au vieillissement de la population.



Pour lutter contre cette épidémie, l'OMS a mis en place un plan d'action 2013-2020 dont le but était de « réduire la charge évitable de morbidité, de mortalité et de handicap attribuable aux maladies non transmissibles » à l'aide de « la collaboration et de la coopération multisectorielles aux niveaux national, régional et mondial » (58). Les actions de préventions et d'éducation deviennent une priorité avec pour objectif une réduction de l'usage d'alcool, de tabac, d'apport en sodium et une majoration de l'activité physique. Une nouvelle feuille de route est prévue pour la période 2023-2030 afin « d'accélérer les progrès en matière de lutte contre les MNT » (59).

Il ne faut pas oublier que la prise en charge de ces pathologies chroniques représente un coût considérable dans les dépenses de santé. D'après un rapport de l'Assurance Maladie de juillet 2022, les dépenses inhérentes aux pathologies et aux traitements chroniques représentent 62% des dépenses totales de l'Assurance Maladie pour l'année 2020, soit environ 104 milliards d'euros et concernent 36% de la population, avec une prédominance de la santé mentale (14% des dépenses totales), des cancers (12.6% des dépenses totales) et des maladies cardiovasculaires (10,6% des dépenses totales) (60). La figure 3 montre la répartition des dépenses de l'Assurance Maladie par catégorie de pathologie. La tendance générale des dépenses pour les pathologies chroniques est en augmentation, en lien avec la hausse soutenue du nombre de personnes prises en charge pour ces pathologies.

Figure 3. Répartition des dépenses d'Assurance Maladie remboursées en 2020 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 168 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes.



(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : les soins dits « courants » correspondent à la somme des dépenses qui ont été retranchées de chaque poste de dépense, pour toutes les personnes de la cartographie (20<sup>e</sup> percentile des dépenses pour chaque pathologie). Les dépenses classées au sein de la catégorie « pas de pathologie » correspondent quant à elles aux dépenses des personnes non classées parmi l'ensemble des pathologies de la cartographie.

Champ : tous régimes - France entière  
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

### **3) L'évolution d'un modèle hospitalo-centré vers les soins primaires**

La loi de modernisation du système de santé a été promulguée le 26 janvier 2016, cette loi engage la modernisation nécessaire du système de santé autour de trois axes (61):

- le renforcement de la prévention ;
- la réorganisation des soins de proximité à partir du médecin généraliste ;
- le renforcement des droits et de la sécurité des patients.

L'objectif du ministère de la Santé via la loi de modernisation du système de santé est de réorganiser les parcours de santé et de soins. Le but est de créer une prise en charge globale, structurée et continue des patients pour permettre aux patients de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment » (62). Le patient est placé au centre de la prise en charge, et le système de soins doit s'organiser pour répondre à ses besoins.

Le système de santé français était organisé autour de l'hôpital, il était efficace pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie, à l'opposé, il présentait des faiblesses pour la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques. Devant une population vieillissante et l'augmentation de patients atteints de maladies chroniques, il était nécessaire d'investir dans les soins de premier recours. Ce « virage ambulatoire représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires (ESP) constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux » (62).

Les hôpitaux vont se recentrer vers les soins et non l'hébergement avec des hospitalisations plus adéquates et des durées de séjour plus courtes. Cela nécessite une réorganisation des structures « de ville » pour assurer la prise en charge des patients qui ne seront pas hospitalisés ou qui resteront moins longtemps à l'hôpital. Le médecin généraliste, se raréfiant, ne pourra pas gérer seul ce suivi. Il est donc nécessaire de coopérer avec tous les acteurs des soins primaires et de créer des équipes de soins de premier recours : l'exercice coordonné et pluri professionnel associant médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, est incité par le gouvernement avec le développement de maisons et centres de santé et la création de réseaux de santé.

Les infirmiers en pratique avancée peuvent alors jouer un rôle dans la prise en charge de ces patients qui bénéficieront d'un suivi renforcé et pourront donc limiter les hospitalisations secondaires à des décompensations de pathologies chroniques.

### **4) Démographie médicale et déserts médicaux**

En opposition avec la croissance des maladies chroniques, on observe une diminution progressive des médecins de premier recours en activité régulière.

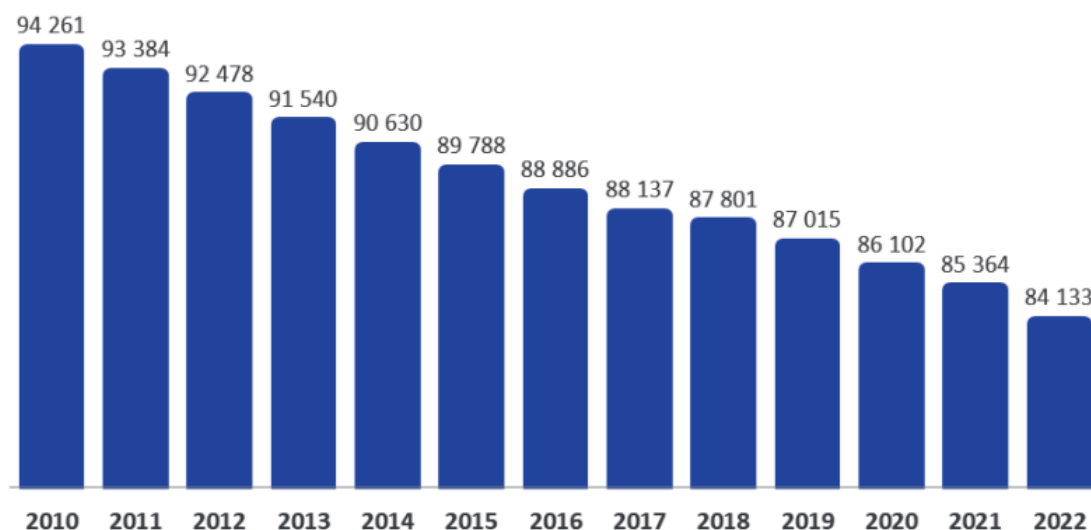
L'Atlas de la démographie médicale publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) chaque année, fait état de la démographie médicale (1). En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, on recense 317 554 médecins inscrits au tableau de l'ordre, dont 24 359 dans le Grand Est soit 7,7 % des médecins.

Depuis 2010, le nombre de médecins inscrits a augmenté de 21.5 % en faveur des retraités actifs dont le nombre a augmenté de 246.7% tandis que le nombre de médecins en activité régulière a baissé de 1.1 %.

On assiste à un vieillissement des médecins (toutes spécialités confondues) : l'âge moyen des médecins inscrits est de 57,6 ans. Actuellement, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 48.7% des médecins contre 30.7% en 2010, en revanche les moins de 40 ans représentent 20.4% de l'ensemble des inscrits contre 13,8% en 2010.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'Ordre des Médecins recense 84 133 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice), soit une diminution de 11% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.9% depuis 2021 (Figure 4). La croissance négative annuelle moyenne des effectifs de médecins généralistes est de -0.94%.

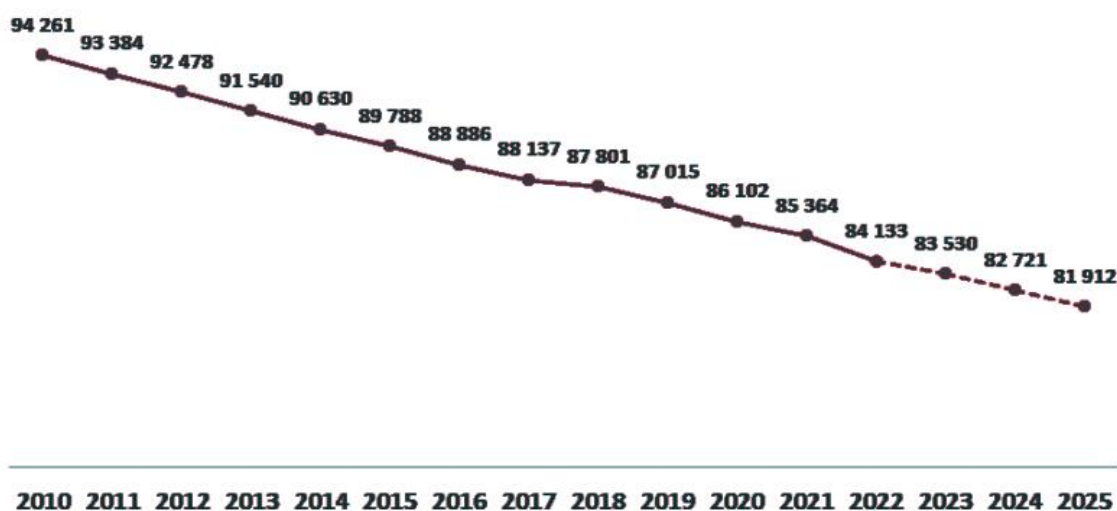
Figure 4. Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010



Source : CNOM - Atlas de la démographie médicale 2022

La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 912 médecins généralistes en activité régulière (Figure 5).

Figure 5. Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025



Source : CNOM - Atlas de la démographie médicale 2022

La Lorraine n'échappe pas à cette tendance, on observe une baisse importante du nombre de médecins généralistes en activité régulière de 2010 à 2022 : - 11.1 % pour la Meurthe et Moselle, - 16% pour la Meuse, -14.8% pour la Moselle et -14.2% pour les Vosges.

Outre la baisse de médecins généralistes, la population médicale n'est pas également répartie en France. Si nous nous intéressons à la densité médicale (en termes de médecin généraliste) en France, nous notons des disparités dans le territoire (63).

La figure 6 représente la densité des médecins généralistes par département. En 2020 La moyenne en France était de 90,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Les chiffres en Lorraine sont plus bas dans 3 des 4 départements : 77,7 dans la Meuse, 78,8 dans la Moselle, 86,9 dans les Vosges, il n’y a qu’en Meurthe et Moselle que ce chiffre dépasse la moyenne nationale : 99,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Figure 6. Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 personnes) en 2020

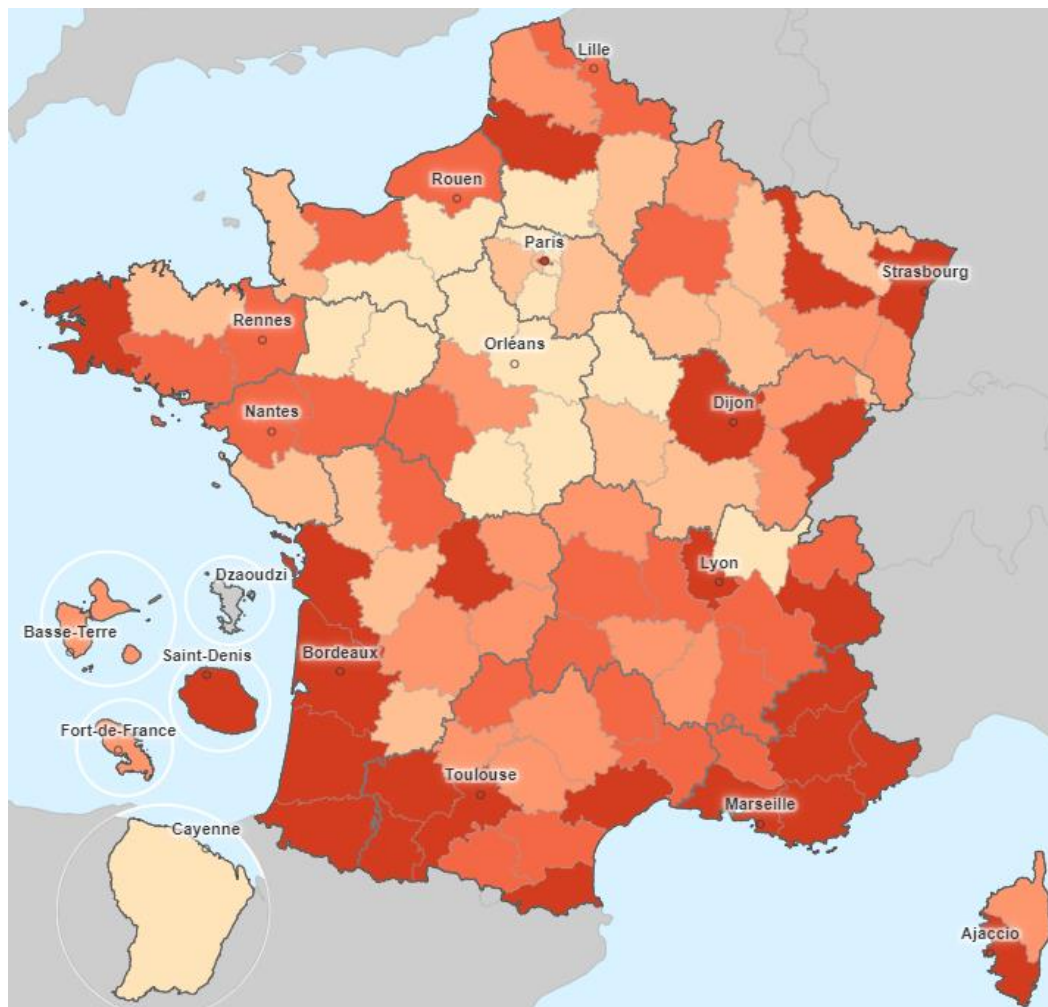


Figure 7. Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 personnes) en 2020



Source : Observatoire des Territoires, ANCT, 2021.

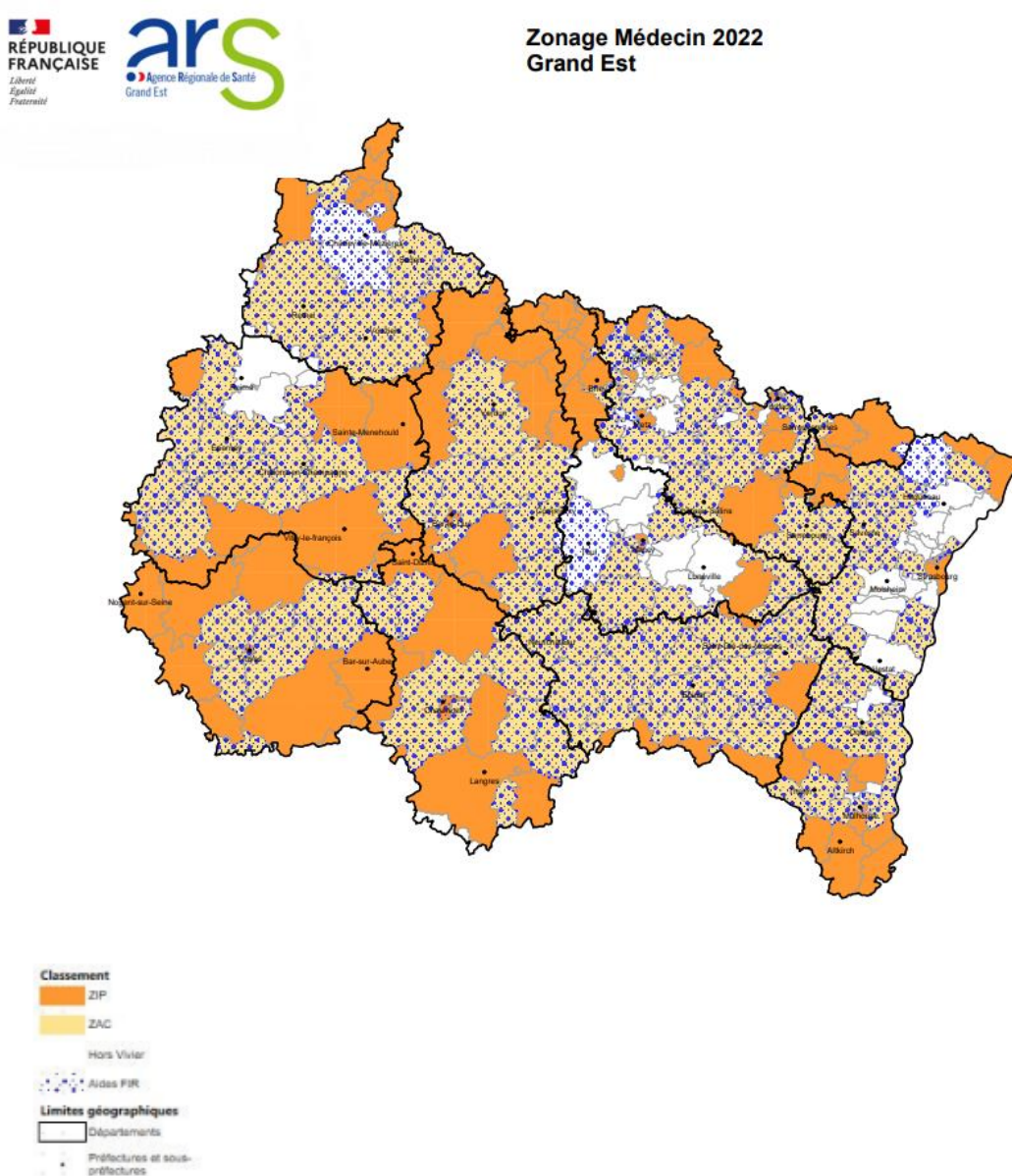
L’offre de soins s’avère donc insuffisante pour répondre à la demande. Cela entraîne une charge de travail pour les professionnels et des difficultés à obtenir un rendez-vous pour les patients.

Pour lutter contre les déserts médicaux, des mesures gouvernementales ont été mises en place. À la suite du décret du 25 avril 2017, les ARS ont établi une cartographie des déserts médicaux et une nouvelle cartographie du zonage Grand Est a été établie, élargissant les territoires éligibles aux aides et étendant les territoires considérés comme moins fragiles mais éligibles aux aides FIR (Fonds d’intervention régional permettant de soutenir des

actions contribuant à la transformation du système de santé). Plusieurs catégories de zones sont identifiées (64) :

- Les « zones d'intervention prioritaire » qui représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que des territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an). Elles représentaient 8,7 % de la population régionale en 2018 et 20,7% en 2022 soit 1.15 million d'habitants.
- Les « zones d'action complémentaire », moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Elles représentaient 48.3 % de la population régionale en 2018 et 45.2% en 2022, soit 2.5 million d'habitants.
- Les « zones hors vivier » caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (supérieure à 4 consultations par an et par habitant).

Figure 8. Zonage des médecins par l'ARS - Mai 2022



Source : ARS Grand Est, juillet 2022

La désaffection socio-économique de régions éloignées de grands centres d'activité est aussi une cause de désertification médicale. Il existe une aversion des jeunes médecins à affronter des conditions de vie difficiles pour leur famille. Dans les grandes métropoles, le problème est différent, les obstacles à l'installation sont des prix excessifs de l'immobilier, des charges locatives importantes, des difficultés de parking, l'insécurité dans certains quartiers.

En juillet 2010, Delamaire M.C. spécialiste de l'étude des tensions et pénuries d'effectifs dans le secteur hospitalier et de la gestion des ressources humaines en Europe, et Lafortune G. économiste, ont publié un rapport présentant la pratique infirmière avancée comme une réponse économique et abondante à la pénurie de l'offre médicale (22).

Le 13 octobre 2017, l'ancien Premier Ministre Édouard Philippe a présenté le plan de lutte contre les déserts médicaux et le Pacte territoire santé (20). « Ce plan a pour objectif de :

- proposer des contrats incitatifs ;
- créer le poste de praticien territorial ;
- proposer des stages en cabinets de ville aux étudiants en médecine ;
- augmenter le nombre de créations de Maisons de Santé Pluridisciplinaires
- créer des plateformes territoriales d'appui, des ESP, des CPTS ;
- favoriser la télémédecine, favoriser de nouveaux modes de coopération selon l'article 51 de la loi HPST et de la pratique avancée. »

Pour augmenter l'offre de santé, le Numérus Clausus a été annulé en 2017 et depuis 2018, certains auxiliaires médicaux peuvent seconder les médecins généralistes pour augmenter leurs activités.

L'objectif lié au développement de la pratique infirmière avancée est de permettre de compenser cette pénurie pour améliorer l'accès aux soins, et de réduire le coût des soins en utilisant une main-d'œuvre moins onéreuse.

## **5) Augmentation de la demande de soins**

Les facteurs précédemment cités comme le vieillissement de la population, l'importance des maladies chroniques et la comorbidité entraînent une augmentation de la demande de soins, d'autant plus que l'offre médicale diminue et que certaines prises en charge auparavant hospitalières sont maintenant transférées au domicile. La pression sur les médecins généralistes devient donc de plus en plus importante.

Parallèlement, le progrès médical dope l'offre de soins et, avec elle, la demande de soins. L'ouverture de nouvelles possibilités de soins contribue logiquement à une hausse de la demande. De plus l'augmentation du niveau de vie et de couverture par les assurances privées et publiques contribue encore à soutenir cette demande (65).

Dans ce contexte, la pratique infirmière a l'opportunité de se développer. Par exemple, les patients souffrant de maladies chroniques nécessitent des visites plus fréquentes pour éviter des complications potentielles ultérieures, une éducation concernant leur pathologie, sa surveillance, les moyens de la traiter et de prévenir les complications. Ces différentes tâches, qui sont très chronophages, peuvent donc être exécutées par des infirmiers formés et compétents dans la matière.

# MATÉRIELS ET MÉTHODES

---

## **I. Choix de la méthode**

L'objectif de l'étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes à propos du rôle des IPA et ainsi que de son intégration dans les soins primaires.

Nous avons alors décidé d'étudier les sentiments des participants à ce propos et ces émotions ou réflexions étant subjectives et donc difficiles à mesurer, le choix de la méthode qualitative nous a semblé logique (66). La recherche qualitative vise à « explorer le sens, le ressenti, la valeur des phénomènes, à construire des hypothèses, à développer des théories » (67). Les données recueillies sont verbales. Les principaux types d'études qualitatives utilisées en santé sont : l'observation, les entretiens individuels et les réunions de groupes appelés « focus groups » (68).

Pour cette étude, le choix de la méthode de recueil des données s'est porté sur la réalisation de focus groups. Il s'agit d'une « technique d'entretien de groupe, un groupe de discussion semi structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance [...], elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées » (69).

## **II. Population étudiée**

### **1) L'échantillonnage**

L'objectif de l'échantillon qualitatif est de collecter un maximum de variabilité de réponses pour atteindre la saturation des données, la taille de l'échantillon n'est alors pas définie à l'avance. Les personnes sélectionnées pour l'étude sont celles qui sont le plus apte à fournir des données pertinentes (68). La qualité de l'échantillonnage est donc plus importante que sa quantité (70). Pour atteindre la saturation des données, 3 à 4 focus groups sont en général nécessaires et le nombre de personnes à inclure dans chaque focus group est idéalement 6 à 8 personnes, avec un nombre minimum de 4 participants « pour assurer une dynamique de groupe » (69).

### **2) La sélection des participants**

La sélection des participants vise à « refléter la réalité » et à rechercher une « diversité de témoignages » pour mettre en évidence tous les points de vue possibles sur le sujet (69). Le thème de l'étude concernait le ressenti des médecins généralistes de Lorraine à propos du rôle et de l'intégration des infirmiers en pratique avancée en soins primaires. La population cible de notre étude était donc composée de médecins généralistes installés en Lorraine. Elle devait être composée d'hommes et de femmes, de tout âge, travaillant en milieu rural, semi rural ou urbain, avec ou sans expérience avec un ou des IPA et ayant un mode d'exercice différent (seul, en groupe, ou en MSP). Nous avons formé trois groupes selon leur situation géographique. Un premier groupe dans la Meuse, un second dans les Vosges et un dernier en Moselle et nord de la Meurthe et Moselle.

### **III. Élaboration du guide d'entretien qualitatif**

Le guide d'entretien des focus groups doit permettre de « définir précisément le déroulement de la séance ». Il est « reproductible entre chaque séance » mais il peut être « adapté à l'intérieur de chaque entretien ». Ce guide d'entretien doit contenir une trame de question simples, neutres et ouvertes. Chaque question ne doit aborder qu'une seule idée et doit être formulée de façon à ne pas « orienter la discussion » (69). Chaque question principale était suivie de questions de relance pour pouvoir enrichir le débat. Elles n'ont pas toutes été utilisées.

Le guide d'entretien (Annexe 7) a été réalisé avec l'aide du Professeur Bouchy O. Nous avons décidé de travailler sur 5 grands thèmes qui regroupaient :

- les connaissances des médecins généralistes sur les infirmiers en pratique avancée ;
- la perception des médecins généralistes à propos de la place de l'infirmier en pratique avancée dans les soins primaires ;
- le ressenti des médecins généralistes sur la collaboration entre le médecin et l'IPA ;
- la perception des médecins généralistes à propos des patients suivis par les IPA ;
- le ressenti des médecins généralistes à propos des IPA hospitaliers.

### **IV. La prise de contact**

Une première liste de médecins généralistes pouvant être intéressants pour l'étude a été proposée par le Professeur Bouchy O. Cette liste a été étendue par la suite car nous n'avions pas réussi à recruter un nombre suffisant de médecins. Pour élargir cette liste nous sommes appuyés sur le répertoire téléphonique des pages jaunes ainsi que sur les listes des maîtres de stages du département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy. Les coordonnées ont été retrouvées via le moteur de recherche Google® et dans l'annuaire électronique public de pages-jaunes.fr. Les médecins étaient initialement joints par téléphone à leur cabinet durant les horaires d'ouverture. Peu de médecins ont été directement contactés via ce premier appel car ces derniers étaient souvent occupés par leur activité professionnelle et disposaient d'un secrétariat. La présentation était alors faite aux secrétaires et 3 cas de figure se présentaient :

- le ou la secrétaire nous fournissait une adresse électronique pour contacter le médecin si sa diffusion était autorisée ;
- un second appel était programmé à une date qui permettrait un contact direct avec le médecin ;
- un message était laissé par le ou la secrétaire avec nos coordonnées et le motif pour que le médecin puisse nous rappeler ;

Si, à la suite de l'appel, nous n'avions pas de réponse aux mails, ni de rappel de la part des médecins, un nouvel appel au cabinet était effectué.

La présentation était standardisée afin d'être la plus claire possible et éviter les oublis. Cette dernière comportait :

- une présentation personnelle ;
- une présentation du thème du travail de thèse ;
- la présentation du Directeur de Thèse ;



- une explication sur le déroulement des réunions. Les réunions étaient initialement prévues en vidéoconférence car le recrutement s'est, à l'origine, déroulé lors de l'épidémie du SARS COV2.

Le recrutement s'est étalé de février 2021 à août 2022. Au total 144 médecins ont été contactés pour pouvoir former les 3 focus groups (tableau 1). Parmi ces médecins 21 ont accepté de participer à l'étude, 93 n'ont pas répondu aux différentes sollicitations, et 30 médecins ont refusé d'y participer. Les motifs de refus incluaient le manque de temps pour participer à l'étude, l'absence d'intérêt concernant le sujet et l'absence de connaissance à propos des infirmiers en pratique avancée.

	Nombre de médecins contactés	Nombre de médecins ayant accepté de participer à l'étude	Nombre de médecins ayant refusé de participer à l'étude	Nombre de médecins contactés n'ayant pas répondu aux sollicitations
<b>Meuse</b>	44	8	12	24
<b>Vosges</b>	60	6	5	49
<b>Moselle et Nord Meurthe et Moselle</b>	40	7	13	20
<b>Totaux</b>	<b>144</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>93</b>

Tableau 1. Répartition du recrutement des médecins

## V. L'organisation des groupes de discussion

Une fois le nombre suffisant de participants recruté dans chaque groupe de discussion, nous avons recontacté chaque médecin pour s'assurer de sa présence à la réunion. Un médecin du groupe « Meuse » a décliné secondairement sa participation, un médecin du groupe « Vosges » n'a pas répondu aux sollicitations, le reste des médecins contactés a confirmé sa participation.

Pour rappel, les médecins avaient initialement été recrutés pour réaliser des réunions en vidéoconférence, cependant à la suite de la régression de l'épidémie du SARS COV2, la question d'organiser les focus groups en présentiel s'est posée. Finalement les réunions en vidéoconférence ont été maintenues pour ne pas perdre d'autres participants.

Un sondage en ligne, via le site strawpoll.com, a été créé pour chaque groupe, proposant différentes dates, pour pouvoir en définir une convenant à chaque participant. Plusieurs sondages ont dû être créés pour chaque groupe car les médecins n'étaient pas tous disponibles aux dates proposées. Au cours du choix du groupe « Moselle et Nord de la Meurthe et Moselle », un médecin n'a pas voté et n'a pas répondu aux sollicitations par mail.

Finalement, une fois la date choisie, afin de limiter les oublis ou les imprévus, un rappel des participants a été réalisé la veille pour s'assurer de la présence de chaque médecin. Un médecin n'a pas pu être présent lors du focus group « Meuse » et un autre lors du focus group « Moselle et Nord de la Meurthe et Moselle ».

Au total, 16 médecins ont participé aux focus Groups, soit 6 participants dans le groupe « Meuse », 5 participants dans le groupe « Vosges » et 5 participants dans le groupe « Moselle et Nord de la Meurthe et Moselle ».

Le choix du logiciel pour la réalisation des groupes en visioconférence s'est porté sur Microsoft TEAMS®.

## **VI. Déroulement des focus groups**

Les réunions ont débuté par la présentation des différents participants, puis par le rappel du thème de l'étude. Un questionnaire Google Form® en ligne, anonymisé, a été transmis et a été rempli par tous les participants le jour même. Avant de débiter l'enregistrement, il a été précisé à tous les sujets de l'étude que les données enregistrées seraient anonymisées. Il n'y a pas eu de refus. Nous avons utilisé pour l'enregistrement vidéo et audio, le même logiciel Microsoft TEAMS®. Une fois l'enregistrement débuté, l'animateur débutait l'entretien en se référant au guide d'entretien préalablement établi.

Le premier focus group « Meuse » s'est déroulé le 19 mai 2022, le Professeur Bouchy O. occupait le rôle d'animateur et Rüttimann B. occupait le rôle d'observateur. La réunion a duré 1h10. Le deuxième focus group « Vosges » s'est déroulé le 22 août 2022, et a duré 1h20 et le troisième focus group s'est déroulé le 3 octobre 2022 et a duré 1h30. Rüttimann B. occupait le rôle d'animateur dans ces deux focus groups.

Dans les trois focus groups, il n'y avait pas d'autres personnes présentes à part les participants et les chercheurs.

## **VII. Analyse des données**

La première étape de l'analyse des données qualitatives a consisté à retranscrire les données orales des différents participants. Un code d'identification a été affecté à chaque participant permettant d'anonymiser ses propos, ce code incluant une lettre correspondant au groupe (A : focus group de Meuse, B : focus group des Vosges, C : focus group de Moselle et nord de la Meurthe et Moselle) et un numéro correspondant à son ordre de prise de parole lors du débat. La retranscription des données qualitatives s'est faite mot à mot en respectant les expressions des sujets de l'étude. Les aspects non verbaux (silences, hésitations, rires...) ont été respectés et toutes les informations qui pouvaient permettre d'identifier des personnes dans le discours ont été effacées et remplacées. Afin de ne pas surcharger ce document, ces entretiens n'ont pas été ajoutés en annexe.

La deuxième étape de l'analyse de données a consisté en plusieurs lectures détaillées de chaque retranscription. Cette étape a été suivie par la réalisation d'un tableau d'encodage permettant de classer les propos tenus par les individus interrogés (verbatim) par un codage ouvert. Le codage ouvert correspond à « l'exploration initiale par lecture fine des textes et l'étiquetage de concepts qui pourront être complétés ou éliminés ultérieurement », il a pour but de résumer et rassembler les données (71). Puis les codes ont été réagencés pour identifier des thèmes, on parle alors de codage thématique ou axial. Finalement, les codes ont été analysés pour pouvoir expliquer et donner une signification aux verbatim pour permettre de répondre à l'objectif de l'étude, c'est le codage matriciel. Les données recueillies ont donc été analysées de façon inductive par la méthode de « théorie ancrée », c'est-à-dire que les thèmes émergent des données (68). Le tableau de codage a bénéficié d'une relecture par le Professeur Bouchy O. permettant une double analyse. Quelques modifications y ont été apportées. L'arbre de codage ainsi que le tableau de codage sont disponibles en annexe 8.

Finalement les verbatim sont parfois associés à des termes entre parenthèses ce qui permet de recontextualiser le propos.

# RÉSULTATS

## I. Caractéristiques de l'échantillon

Sujet	Sexe	Age	Mode d'exercice	Activité	Lieu d'exercice	Années d'installation	Expérience avec infirmier ASALEE	Expérience avec IPA	Bénéficiaire de l'ACI*
A1	F	59	Seul	Salariée	Rural	30	OUI	NON	NON
A2	F	38	MSP	Libérale	Rural	11	NON	NON	OUI
A3	H	66	MSP	Libérale	Urbain	41	OUI	NON	OUI
A4	F	38	Cabinet de groupe	Libérale	Rural	10	NON	NON	NON
A5	F	37	MSP	Libérale	Semi-rural	9	OUI	OUI	NON
A6	F	55	Seul	Libérale	Semi-rural	23	NON	NON	NON
B1	H	35	MSP	Libérale	Semi-rural	5	OUI	NON	OUI
B2	F	62	Seul	Libérale	Rural	35	OUI	NON	NON
B3	F	65	MSP	Libérale	Urbain	27	OUI	NON	OUI
B4	H	50	Cabinet de groupe	Libérale	Urbain	18	OUI	NON	NON
B5	F	36	MSP	Libérale	Semi-rural	5	OUI	NON	OUI
C1	H	61	Cabinet de groupe	Libérale	Semi-rural	31	NON	NON	NON
C2	F	35	Cabinet de groupe	Salarié	Semi-rural	3	OUI	OUI	OUI
C3	H	33	MSP	Libérale	Semi-rural	4	NON	NON	OUI
C4	H	55	Cabinet de groupe	Libérale	Semi-rural	15	NON	NON	NON
C5	F	60	Cabinet de groupe	Libérale	Urbain	23	OUI	OUI	NON

Tableau 2. Caractéristiques des médecins généralistes recrutés (F : Femme ; H : Homme, MSP : Maison de santé pluridisciplinaire)

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ASALEE : Action Santé Libérale en équipe

IPA : Infirmier en pratique avancée

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

L'échantillon final regroupait donc 16 médecins généralistes installés en Lorraine. Il comprenait une majorité de femmes (10 femmes, pour 6 hommes) (Figure 9).

Une grande majorité des tranches d'âge était représentée (Figure 10), la moyenne d'âge des participants était de 49 ans.

L'expérience dans les soins primaires parmi les médecins généralistes inclus était variée. Le nombre d'années d'installation fluctuait entre 3 à 41 ans (figure 11).

Figure 9. Répartition des médecins par sexe des médecins généralistes

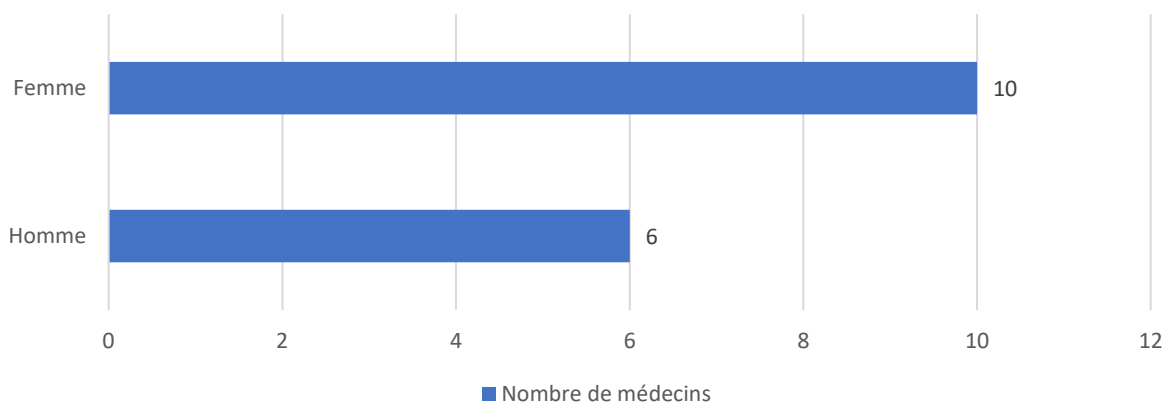


Figure 10. Répartition par tranche d'âge des médecins généralistes

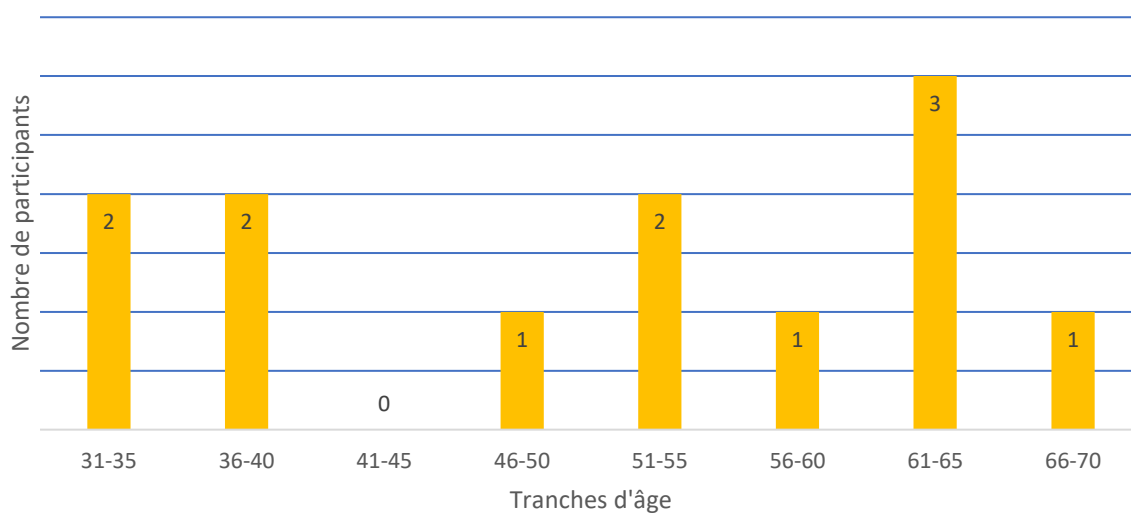
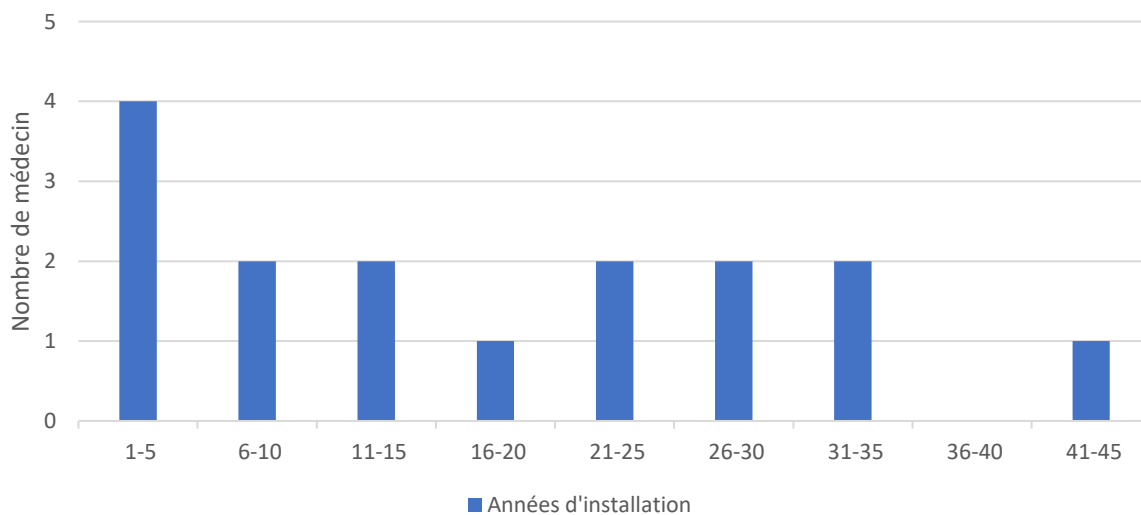
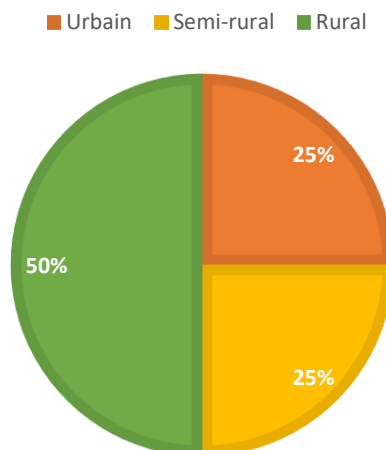


Figure 11. Nombre d'années d'installation des médecins généralistes



Dans cette étude, 4 médecins soit un quart des médecins interrogés exerçaient dans des zones urbaines (grand pôle, couronne d'un grand pôle, moyen pôle, couronne d'un moyen pôle), 4 exerçaient en zone semi-rurale (petit pôle, couronne d'un petit pôle) et 8 (soit la moitié) exerçaient en zone rurale (autre commune multi-polarisée et commune isolée hors influence des pôles) (72). La répartition des médecins en fonction des zones d'exercice est illustrée par la figure 12.

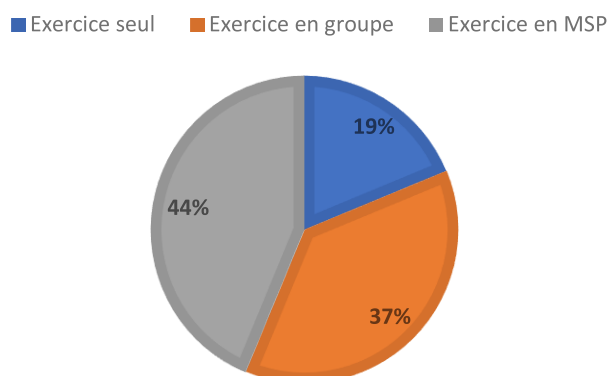
Figure 12. Zone d'exercice des médecins généralistes



Dans cette étude, seuls 3 médecins (19% des médecins interrogés) exerçaient seuls contre 13 médecins (81%) exerçant avec des confrères ou d'autres professions de santé (Figure 13). Parmi eux, 9 médecins de cette étude bénéficiaient de l'ACI (Accord Conventionnel interprofessionnel) soit 43.8%. L'ACI qui permet « aux professionnels de santé qui sont dans une structure poly-catégorielle sous la forme juridique de SISA de pouvoir bénéficier de rémunération commune » (73).

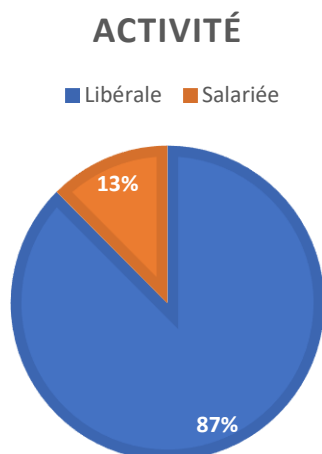
Figure 13. Mode d'exercice des médecins généralistes

### MODE D'EXERCICE



La grande majorité des médecins participants avaient une activité libérale : 14 (87%) contre 2 (13%) médecins salariés (Figure 14).

Figure 14. Type d'activité des médecins généralistes



Finale­ment, parmi les médecins interrogés 10 avaient une expérience avec un(e) ou des infirmier(ères) ASALEE et seulement 3 médecins de l'étude avaient une expérience de collaboration avec un ou une infirmière en pratique avancée.

## II. Résultats des focus groups

### 1) Les connaissances des médecins généralistes à propos des IPA

#### a) Les moyens de connaissances des médecins généralistes

Une majorité des médecins présents dans l'étude avait obtenu des connaissances sur les IPA par le biais **d'infirmiers en pratique avancée**, souvent avec l'aide des **CPTS** :

- « On a, au sein de la CPTS des Vosges, un IPA qui commence à travailler avec certains médecins, qui était venu nous présenter un petit peu sa manière de travailler. » (B5),
- « On avait alors des rencontres CPTS puisqu'on a une CPTS en cours de construction là sur le secteur de Sarrebourg-Phalsbourg, nous avons du coup rencontré des IPA qui du coup j'allais dire se présentaient un petit peu à tout le monde en disant qu'elles étaient là et qu'elles étaient en cours de formation [...] la majorité des médecins du secteur n'en avait probablement jamais entendu parler, donc elles avaient une petite stratégie de communication pour se présenter et un peu expliquer leur futur rôle et les intérêts qu'elles pouvaient apporter aux différentes personnes. » (C3).

D'autres médecins avaient été informés par des **confrères** :

- « Moi, c'était par \*\*\* [nom d'un autre médecin]. On en avait discuté, il m'avait mis en contact avec une infirmière » (C1),
- « Je crois que c'est C5, c'est toi qui m'as mise en relation avec \*\*\* [nom de l'IPA] en premier. » (C2).

D'autres médecins avaient obtenu des connaissances soit par la **faculté** soit par des **syndicats** :

- « J'avais beaucoup de notions, enfin de par le côté universitaire » (C3),

- « *Moi, j'ai connu ça par les syndicats et la Fédération des maisons de santé par des courriers d'information* » (A2).

#### b) L'expérience des médecins sur les IPA

La majorité des médecins n'avait **aucune expérience** des IPA

- « *J'ai aucune expérience donc j'attends de voir.* » (B4),
- « *On n'a pas d'IPA actuellement disponible sur le territoire* » (C3),
- « *J'ai aucun vécu pratique, notamment à proximité* » (C4).

Cependant parmi ces derniers, deux envisageaient prochainement de collaborer avec un ou une IPA :

- « *On a 2 infirmières qui sont en cours de formation et qui devraient là d'ici, je crois fin de l'année prochaine finir leur formation pour devenir IPA.* » (C3),
- « *Moi, je vois, à la campagne où on travaille, on est un peu débordé, je trouve que ça peut être quand même un gros plus pour nous. Enfin nous, on le voit comme ça, parce que nous on va en prendre avec \*\*\* [nom d'un médecin associé], on va la prendre tous les deux.* » (A1).

Finalement trois médecins de l'échantillon travaillaient déjà avec un(e) IPA :

- « *Moi j'ai travaillé avec une IPA et je travaille à nouveau avec une IPA.* » (C2),
- « *Là, on a depuis pas très longtemps IPA et assistante médicale.* » (A5).

Ces derniers utilisaient leur IPA pour le suivi des patients ayant **des pathologies chroniques stabilisées**, notamment pour pouvoir accepter de nouveaux patients dont ceux à **domicile**.

- « *Je vais avoir tendance à mettre effectivement les patients simples entre guillemets, équilibrés qui vont bien avec l'IPA.* » (A5),
- « *Mais quand on me dit « est ce que vous pourriez devenir mon médecin traitant ? » Je dis « Oui. Mais vous serez suivi par moi et une IPA ». Et c'est la condition. Enfin, c'est quasiment à cette condition là que je prends des nouveaux patients poly-pathologiques chroniques. Surtout ceux qui demandent à être suivis à domicile.* » (C5).

#### c) Méconnaissance des médecins à propos des IPA

Les connaissances des médecins n'ayant pas l'expérience d'une collaboration avec un IPA étaient **limitées** :

- « *Donc nous, on n'a pas du tout commencé à Bar-le-Duc à s'intéresser aux IPA. Donc je n'ai pas beaucoup de notions sur ce qu'on peut faire.* » (A3),
- « *Alors les IPA je ne connais pas trop. J'ai juste entendu parler, je n'en ai pas côtoyé* » (B1),
- « *Alors j'ai lu des trucs... Les délégations, effectivement, de certaines tâches... ça, c'est la théorie mais dans la pratique, je ne vois pas trop à quoi ça sert actuellement.* » (C4).

Ce manque de connaissance concernait **l'exercice du métier d'IPA et leur rémunération** :

- « *J'ai une connaissance aussi très limitée. Je ne suis pas trop porté sur la chose [...] leur champ de compétences et leur possibilité d'éducation thérapeutique, et cetera, je n'en sais rien du tout* » (A4),
- « *Et tiens d'ailleurs, ils sont payés combien de leurs actes ? Parce que ça serait quand même intéressant. Je ne sais pas si vous savez ?* » (B5).

#### d) Connaissances des médecins sur le métier d'IPA

Les connaissances sur les domaines de la pratique avancée étaient **hétérogènes**. Les domaines d'intervention des IPA étaient moyennement acquis :

- « *Et puis il y a un champ de compétences qui est quand même limité donc effectivement pathologie chronique et aussi euh je crois qu'il y a 2 autres, je crois qu'il y a de l'onco-hématologie et puis la santé mentale. Et puis un 4e, mais je ne sais plus donc voilà...* » (B4),
- « *Euh donc il existe d'autres IPA, il y a des IPA formées en oncologie, en diabète et cetera mais qui sont hospitalières.* » (C5),
- « *Mes connaissances sur les IPA : c'est essentiellement qu'elles ont on va dire des casquettes de spécialités selon les formations qu'elles ont faites, donc les nôtres en l'occurrence... Alors je n'ai peut-être pas l'intitulé exact, mais on va enfin en gros, je vais appeler ça poly-pathologies* » (C3).

La liste des pathologies suivies en soins primaire était **mal connue** :

- « *Oui mais alors du coup, les IPA en médecine générale, il a quoi comme compétence ? Tu peux lui mettre quoi comme... Diabète ? Tension ? T'as des critères ?* » (A4),
- « *Toutes les pathologies chroniques équilibrées.* » (A1).

En revanche la notion de prise en charge de patients ayant des **pathologies chroniques stabilisées** était plutôt bien maîtrisée :

- « *C'est vraiment du renouvellement chronique, stabilisé. Il faut que ça soit stabilisé* » (A1),
- « *Ça s'appliquerait principalement dans le suivi des maladies chroniques.* » (B2),
- « *Le rôle de l'IPA pour moi c'est vraiment l'accompagnement du médecin dans le suivi des patients qui ont des pathologies chroniques stabilisées dont la liste est définie* » (C2),
- « *Alors donc je suis d'accord avec C2 et C3 sur le rôle de l'infirmière en pratique avancée donc dans le suivi des patients qui ont une pathologie chronique stabilisée [...] elles sont orientation patient poly-pathologique en médecine générale.* » (C5).

Concernant la connaissance de l'exercice de la pratique avancée en soins primaires, les médecins participants ont énuméré plusieurs rôles et pratiques :

- Les IPA joueraient un **rôle administratif** avec la **gestion du dossier médical du patient** : « *Il va me remplir les vaccinations qui ont été faites ou des antécédents qui serait arrivés entre autres, voilà il implémente le dossier comme tout professionnel qui accède au dossier.* » (A5),
- Ils joueraient également un **rôle dans la coordination des soins** : « *Alors, d'après ce que j'ai compris, donc c'est une infirmière qui peut nous aider dans la coordination des soins* » (A1),



- Ils pourraient pratiquer **l'éducation thérapeutique** : « *J'ai aussi la notion, du coup, qu'elles peuvent faire, le suivi chronique, l'éducation thérapeutique en partie* » (A2).
- Les IPA auraient également la capacité de réaliser un **examen clinique avec des relevés de paramètres** : « *(Faire) la surveillance des constantes, comme on fait nous, prendre la tension, surveiller... Je crois qu'elle peut ausculter* » (A1) ; « *Elle est là pour examiner le patient* » (C5).
- La capacité de **prescription**, de **renouvellement** et d'**adresser** les patients à des spécialistes a également été rapportée : « *(Elle peut) renouveler l'ordonnance quand elle n'est pas modifiée* » (A2), « *Je crois aussi que les infirmières IPA, ont le droit de faire les bons transports, de faire les courriers pour les spécialistes bien sûr en copie pour nous.* » (A1), « *Il y a les prescriptions aussi de renouvellement de mammographie ou de biologie standard ou de d'exams complémentaires qui peuvent être prescrits par l'IPA* » (A5),
- Les IPA joueraient un rôle dans la **prévention** : « *Et elle a aussi un rôle quand même de prévention. Elle peut être associée aux campagnes de dépistage* » (C2),
- Et finalement, ils auraient la capacité de réaliser des **tests mnésiques** : « *Elles peuvent aussi faire les tests mnésiques, donc celle avec qui je travaille, je lui demande de temps en temps de revoir des patients pour faire les tests.* » (C5).

La question de la **rémunération** des IPA a été abordé :

- « *Mais je crois qu'elles sont rémunérées par l'ARS, ce n'est pas nous qui rémunérons l'IPA, on n'a pas du tout d'argent à donner à aux IPA. Elles sont complètement enfin entièrement rémunérées par l'ARS.* » (A1),
- « *Ouais, j'avais regardé un truc dessus. Il y a une revalorisation, il n'y a pas très longtemps. Euh, l'avenant 9. D'ailleurs, c'est un peu comme le nôtre et je crois qu'ils avaient-ils avaient réévalué de 20% le forfait trimestriel de suivi.* » (B1).

Ainsi que celle des médecins travaillant avec des IPA :

- « *En fait je me suis rendu compte il y a quelques jours qu'on a même des sous qu'on reçoit pour ces moments de concertation avec l'IPA. C'est bien !* » (A5).

Finalement les médecins généralistes interrogés ont cité les modes d'exercice des IPA qui peuvent exercer de manière indépendante (**libérale**) ou être **salariée** par une structure (ASALEE par exemple) :

- « *Mais parce qu'il y a deux modes d'exercice, d'après ce que j'ai lu, ils peuvent être soit salarié, donc salarié d'une MSP ou d'une CPTS ou d'un médecin ou alors une activité libérale.* » (B4),
- « *Moi elle est libérale.* » (C5),
- « *Le statut de mon IPA ? [...] c'est via ASALEE, ça change, c'est ça ? (Rire) Oui il n'est pas installé en libéral, il est via ASALEE* » (A5).

#### e) Connaissance et perception de la formation des IPA

Les médecins participant à l'étude avaient une idée assez générale de la formation des IPA. Ils connaissaient le **curriculum universitaire d'une durée de deux ans** en plus de la formation d'IDE, associé à des périodes de **stage** :

- « *Moi j'avais connaissance que l'infirmière en pratique avancée était une infirmière qui retournait faire une formation supplémentaire à la faculté et théoriquement de se reformer à certaines pathologies chroniques* » (A6).
- « *Il y a 2 ans d'études, en plus de leur cursus à faire* » (B5).
- « *Oui, en plus, et ils font quand même des stages en plus.* » (B3).

Un des médecins savait que les infirmiers devaient justifier **3 ans d'exercice** avant de pouvoir accéder à la formation : « *Mais elle, elle doit avoir deux, trois années d'exercice avant de pouvoir..., c'est ça, je crois.* » (B4).

Aucun des médecins généralistes interrogés n'était convaincu par la formation des IPA qu'ils jugeaient **insuffisante**, y compris chez les médecins travaillant avec des IPA :

- « *Moi, ça me paraît un petit peu juste.* » (C5),
- « *En tout cas de prime abord je dirais que ça me paraît quand même être une formation courte : une année, plus un stage de 2 mois, la première et un stage de 4 mois, la 2e année. Moi ça me paraît quand même court par rapport ... dans les pathologies chroniques.* » (B4).

**Ces réticences** concernaient aussi bien **leur capacité à suivre les pathologies chroniques ou à prescrire des traitements** :

- « *Moi c'est vrai que ça me paraît aussi juste, notamment pour les médicaments qu'elles vont suivre, surtout s'il y a une IPA qui suit plusieurs médecins dans plusieurs cabinets, on a tous des médicaments qu'on connaît bien. Moi j'en découvre toujours des nouveaux, je enfin ça fait 5 ans maintenant presque que je suis installé. Mais euh, il y a des médicaments que je ne connais pas qui arrivent comme ça alors que ça fait 20 ans qu'ils existent. Donc il faut connaître quand même un minimum des effets indésirables parce que ça fait partie du suivi, les interactions entre les médicaments, le suivi, genre prise de sang et cetera et faire 2 mois de clinique, 4 mois de clinique, ça ne permet pas de voir des médicaments, ça c'est clair. Et c'est vrai que même aujourd'hui, j'apprends toujours sur les médicaments. Alors, lâcher une IPA qui a fait 6 mois de stage ? Euh. Ça me paraît juste au niveau de la formation.* » (B1),
- « *Il suffit de discuter quelques minutes d'indications et de... pour se rendre compte qu'en fait sur la physiopathologie, la pharmacologie... en fait elles ont un niveau de compétence qui est absolument pas du tout suffisant pour envisager une quelconque autonomie en fait.* » (C2),
- « *Bah c'est vrai que pour cerner des pathologies chroniques, quand on prend la diabète. Oui, ça peut être... mais si on rajoute derrière toute la partie cardiovasculaire, hypertension artérielle. Toute la pathologie respiratoire, pulmonaire et ainsi de suite. Je trouve que ça fait beaucoup.* » (C1),
- « *Est-ce qu'elles sont en capacité de suivre un patient avec une poly-pathologie chronique stabilisé ? En fait, non, je crois que c'est impossible et je rejoins C1, on voit les internes arriver en premier ou 2e semestre, ils ont quand même 3 ans d'externat derrière eux, 6 ans de médecine et ils n'ont pas de capacités... Enfin, au début de leur stage, je veux dire, pour moi ils ont pas du tout de capacités d'autonomie sur le suivi des patients et je veux dire c'est quelque chose de compliqué en fait. Donc je crois que laisser entendre qu'on pourrait donner... alors qu'on*

*ne le laisse pas gérer à des internes de 7e année, le laisser gérer à des infirmières qui ont un master complémentaire à leur formation, ça me paraît complètement... Enfin ça ne colle pas. » (C2).*

Cependant, d'après certains ces lacunes pouvaient être contrebalancées par **l'autoformation, l'expérience et l'aide des médecins généralistes** :

- *« On peut espérer qu'avec l'expérience, elles acquièrent une certaine compétence mais à condition qu'elles soient, voilà comme tu disais qu'elles réfèrent au médecin quand il y a une difficulté, qu'il y ait des échanges réguliers avec le médecin. Quitte à ce que le médecin participe un peu à ça, à son complément de formation. » (C5),*
- *« Mais c'est vrai qu'il y aura certainement un apprentissage de par l'expérience et je rejoins tout à fait la remarque du docteur C5 sur le fait qu'il faudrait qu'il y ait une formation un peu au long cours et en continu de tout ça. » (C3).*

f) Connaissances des médecins sur leur interaction avec les patients et les IPA

D'après les médecins interrogés, **le médecin traitant continuerait à suivre les patients qui sont confiés aux IPA** :

- *« Et puis, il faut quand même que nous, on le voie, qu'on voie le patient de temps en temps entre... Alors je sais plus à quel rythme, mais on est censé voir le patient au moins une fois par an, je pense, en dehors de l'IPA. » (A2),*
- *« Elles pourraient travailler en quinconce avec nous au niveau des suivis. C'est-à-dire, on pourrait organiser des suivis à 6 mois des patients diabétiques par exemple et l'infirmière en pratique avancée pourrait, elle les rencontre dans l'intervalle » (B2).*

Des **protocoles** pourraient être également établis entre le médecin traitant et l'IPA : *« Je pense qu'après il y a quand même des moyens de contrer ça et de protocoliser quand même la prise en charge avec l'IPA en disant « Voilà il serait bien quand même qu'on le revoie si tout va bien ; quand même qu'on le revoie au moins 2 fois par an ». Je pense que c'est un protocole à voir avec l'IPA. » (B4).*

Pour ces médecins, les patients devaient **être adressés à l'IPA par le médecin traitant** :

- *« Les infirmières de pratiques avancées reçoivent les patients de notre patientèle sur notre demande. En fait, c'est nous qui leur adressons des patients qui correspondent aux pathologies pour lesquelles elles sont autorisées à travailler. » (A2),*
- *« Elle voit des patients que toi tu lui confies... » (C5).*

Et l'IPA était tenu **d'informer le médecin traitant** du suivi et de **rediriger des patients jugés instables** vers le médecin :

- *« Elle est censée nous faire une explication enfin tout au moins un résumé et nous renvoyer, nous renvoyer les patients en cas de problème particulier. » (C1),*
- *« Mais si effectivement il y a quelque chose qui est plutôt pathologique et qu'il faut vraiment avoir un avis médical et elle nous prévient et on revoit le patient dans ce cas avec un œil plus médical, voilà ! » (A1),*
- *« S'il y a le moindre souci, l'apparition de d'œdème, un refus de prendre un cachet ou je ne sais pas quoi, ils sont renvoyés vers chez nous. » (B3).*

## 2) La perception des médecins généralistes sur la place de l'IPA dans le système de soins

### a) L'IPA ne serait pas une réponse à leurs problématiques

Les médecins généralistes ont énuméré un certain nombre de problématiques rencontrées dans leur exercice en soins primaires. L'une des préoccupations majeures rapportée était la **démographie médicale** avec le départ de nombreux médecins généralistes à la retraite qui aggraverait la **désertification des territoires** :

- « *En tout cas, il y a la démographie médicale, certes, qui ne fait que de baisser, on a encore 2-3 ans avant d'être vraiment dans la mouise* » (B1),
- « *C'est vrai qu'on est sur un territoire qui est quand même... Ben comme beaucoup d'autres puisque bon tout le monde sait enfin que qu'on n'est pas non plus surdoté là où on se situe... Mais comme d'autres endroits hein, on n'est pas les seuls et c'est vrai que ça devient, ça commence à être très compliqué* » (C3),
- « *Parce que à ce moment-là, avec la disparition de toute façon sur les territoires des différents médecins... Je regarde quand même. Tu vois C4, je regardais l'autre jour sur les 16 toubibs qu'on est sur le secteur, dans 6 ans, il y en a plus que 4. Si on ne trouve pas une solution de ramener les jeunes chez nous... Bah je ne vois pas comment 4 pourraient suffire pour faire le boulot des 16* » (C1).

Ils se sont plaints également d'une **mauvaise utilisation de leurs compétences** et d'une **surconsommation de la médecine** par des patients qui ne nécessiteraient pas forcément un avis médical :

- « *Je crois que c'est un peu le nerf de la guerre, c'est l'éducation à la santé. Parce que les gens, c'est vrai, la plupart du temps, euh, ils ont un besoin, c'est un besoin qui est ressenti, une urgence ressentie. Il y a des gens qui des fois... On rigole avec ça au cabinet, il y a encore des gens à 35 ou 40 ans qui ont consultent un médecin pour un rhume, comme s'ils n'avaient jamais eu de rhume de leur vie avant.* » (B1),
- « *Parce que moi je fais aussi la régulation médicale. Globalement tous les appels qu'on a la nuit, 95% on le règle par téléphone. C'est des conseils. Et finalement, c'est des gens qui veulent consulter un médecin alors qu'en fait il n'y a pas forcément besoin.* » (B5),
- « *Enfin j'estime qu'on a un niveau de compétence et d'expertise et qu'on doit pouvoir se concentrer sur les situations complexes.* » (C2).

Les **visites à domicile et les soins non programmés** représentaient un problème récurrent :

- « *Ce qui m'embête beaucoup, c'est aller voir les gens à domicile où ça prend beaucoup de temps. Ou des fois on y va pour renouveler alors que tout va bien* » (A1),
- « *C'est vrai que ça devient, ça commence à être très compliqué de prendre en charge des patients à domicile et je pense que ça va le devenir de plus en plus.* » (C3),
- « *Ce qui nous pose problème actuellement, c'est quand même les soins non programmés.* » (B4),
- « *Est-ce qu'on a vraiment besoin des compétences d'un médecin pour la plupart des soins non programmés, je ne sais pas...* » (B5).

Tout cela entraînerait une **surcharge de travail** pour les médecins qui ont l'impression de **manquer de temps, de moyen, de motivation et de ne pas bénéficier d'une rémunération à la hauteur** :

- « *Il y a moins de temps médical* » (C2),
- « *On a quand même maintenant une population, je parle à \*\*\* [lieu], une population quand même, qui est âgée, qui prend un temps fou* » (B4),
- « *Nous on commence à être un petit peu sur la fin, donc, on n'est pas complètement fermé à un changement, mais bon, c'est sûr que nos motivations et nos possibilités d'investissement, elles sont quand même moindres.* » (C4),
- « *Parce qu'effectivement en tant que médecin généraliste on peut tout faire, on peut faire l'éducation thérapeutique, la réévaluation clinique, le suivi d'observance, des effets indésirables, des déclarations... enfin on peut tout faire, est ce qu'on a les moyens de tout faire ? Je crois qu'on a plus les moyens de tout faire* » (C2),
- « *Après on peut discuter du mode de rémunération et de valorisation de notre activité qui n'est probablement pas à la hauteur de ce niveau d'expertise et d'un exercice centré sur les cas complexes.* » (C2).

La majorité des médecins a estimé que **l'IPA n'apportait pas ou peu de solutions** à ces problématiques et était parfois considérée comme **inutile**.

- « *Est ce que ça règle notre problème ? Non en fait je crois que ça ne règle pas notre problème [...] Après, est ce que ça vient répondre aux pénuries, là où il n'y a pas de médecin euh bah non en fait, elles ne feront pas le travail du médecin* » (C2),
- « *Mais en fait, c'est une solution qui n'est peut-être pas forcément la plus adaptée pour les soins primaires* » (B1),
- « *Ouais mais quelqu'un qui va bien, il n'a pas besoin de voir l'IPA.* » (B3),
- « *C'est vrai que moi effectivement je ne vois pas trop pour le moment ce que pourrait apporter de plus l'IPA par rapport à nos fonctionnements actuels.* » (B4),
- « *Est-ce que ce n'est pas pour pouvoir colmater les trous et cetera. On va trouver des rustines et ça ne va pas améliorer malheureusement le système. Il va continuer à se dégrader quoi. Sauf qu'on aura mis des rustines, alors du coup le pneu il se dégonflera moins vite. C'est très pessimiste.* » (C4),
- « *Oui, en ville ou dans des endroits où c'est surdoté. Il n'y a aucun intérêt à l'IPA je pense.* » (A5).

Parfois les IPA étaient considérés comme une solution mais **seulement à court terme**.

- « *C'est une solution palliative en fait, mais pas forcément pérenne et ça nous intéresse pour l'instant, parce qu'on y voit nos intérêts, mais voilà pour plus tard, je ne suis pas sûre.* » (A2),
- « *C'est que bon tant qu'on est débordé, ça va. Mais le jour où on n'est pas débordé, on aura du mal à lui trouver du boulot.* » (A3).

#### b) Ignorance de la place de l'IPA dans les soins primaires

La majorité des médecins généralistes interrogés **ne savait pas comment placer l'IPA dans le paysage des soins primaires** qui est d'après eux bien rempli entre les

médecins, les internes, les infirmiers diplômés d'État, les infirmiers ASALEE et d'autres professions de santé :

- « *C'est vrai que je découvre vos problématiques de multiples exercices et je me dis oui comment tu fais le tri entre une infirmière Asalée et une infirmerie IPA, l'interne qui est en stage ?* » (A6),
- « *Pour moi c'est une strate qui se rajoute et je ne vois pas aujourd'hui où elle trouve sa place entre mes infirmiers libéraux avec qui je travaille bien, avec qui il y a des échanges avec qui on fait des débriefs, [...] et l'infirmière Asalée qui fait un travail de suivi, d'explication de ce que c'est le diabète, l'hypertension.* » (B3),
- « *Et finalement, où est ce que se place l'IPA là-dedans ? Finalement, mes infirmières libérales me rendent plus de services qu'une IPA qui verrait mes chroniques stables.* » (B5),
- « *Alors est-ce qu'on gagne du temps de ce côté-là ? Ou est ce qu'on gagne du temps d'avoir des assistants médicaux, ou est ce qu'on gagne du temps d'avoir des Asalée pour nous dégager du temps sur autre chose ? Le problème est de savoir comment positionner ces différentes personnes, ces professionnels quoi.* » (C1).

Parmi eux, certains ne percevaient **pas d'avantages** à ce nouveau métier :

- « *Pour l'instant, on ne le voit pas cet avantage, voilà c'est approuvé. (Rires) Puisse-t-il y avoir un avantage.* » (B2),
- « *Ouais, moi pour le moment, c'est vrai que je ne vois pas tellement l'avantage.* » (B1).

Les médecins considéraient que le rôle de l'IPA était trop **ambigu** pouvant empiéter sur d'autres professions. Certains estimaient que le rôle de l'IPA **interférait avec celui des IDE** :

- « *Si on demande aux infirmières ce qu'elles en pensent : les infirmières libérales, pour l'instant, elles ont du mal à voir la fonction des IPA. Elles entendent bien qu'il y a des études à faire en plus, mais elles ont quand même un peu l'impression que ça va marcher sur leurs plates-bandes et elles ne sont pas forcément prêtes à faire de la place en rural. Voilà.* » (A2),
- « *Parce que pour avoir travaillé avec les infirmiers libéraux, je trouve que quand tu bosses avec eux et que tu les vois tous les jours, ils ont un job qui souvent s'apparente un peu à... Pas de l'asalée, mais en tout cas potentiellement de l'IPA quand tu les fais suivre les œdèmes, regarder les poids, qu'ils suivent leurs patients régulièrement* » (B5),
- « *Je pense que les infirmières libérales voient ça avec beaucoup d'appréhension aussi.* » (A3).

D'autres considéraient le rôle de l'IPA **trop proche de l'infirmier ASALEE ou de l'assistant médical** :

- « *Je suis d'accord, mais cette fonction-là tu peux la demander à ton infirmière Asalée quand tu en as une d'une part et d'autre part, si t'as un assistant médical, tu peux aussi lui demander de commencer de voir tout ça avant que toi tu voies le patient donc du coup ils se télescopent un peu avec toutes les nouvelles professions qui arrivent.* » (A2),
- « *Alors moi j'avais une vision plutôt négative parce que c'est vrai que j'ai des infirmières Asalée. Et je trouvais qu'il y avait peut-être une redondance par rapport à ça.* » (B4),

- « *Ouais moi bah alors moi les infirmières en pratique avancées effectivement, initialement je me suis dit ça va être un petit peu redondant avec les Asalée.* » (B5).

Un médecin estimait même que l'IPA entrerait en **concurrence avec son propre rôle** :

- « *Mais l'IPA, [...] moi, je le ressens plus comme une certaine concurrence* » (A3).

#### c) Des avis divergents

Malgré tout, parmi les médecins généralistes participant à l'étude, certains avaient une **opinion divergente**. Celle-ci concernait principalement les médecins ayant déjà une **expérience de collaboration avec un IPA** ou qui envisageaient une collaboration future.

Pour eux l'IPA **n'était pas en concurrence** avec les IDE, les infirmiers ASALEE ou les médecins :

- « *Mais moi j'avais la notion que les IPA ne pouvaient intervenir que 3 fois par an. Donc je ne vois pas comment ils peuvent prendre le travail des libérales* » (A1),
- « *Elles ne font pas le même travail. Enfin moi mon IPA, elle n'est pas intéressée par l'ETP donc elle en fait pas enfin bon sauf ce qu'on peut faire nous, rapidement en consultation en fait pas plus. Elle ne passe pas 3 quarts d'heure à faire de l'éducation thérapeutique. Mais donc elle fait du suivi, du renouvellement de traitement, surveillance clinique que ne fait pas forcément l'infirmière Asalée.* » (C5),
- « *Enfin, je répète, l'IPA n'a pas beaucoup de consultations. Moi je ne la vois pas comme une concurrente, moi je la vois vraiment comme une aide.* » (A1).

Ils estimaient que l'IPA pouvait être **une solution à leurs problématiques** :

- « *C'est une solution parce qu'on n'en a pas forcément énormément au niveau de la démographie médicale* » (A5),
- « *Mais je pense qu'effectivement, en situation de pénurie, réfléchir à un système qui permet d'organiser l'accès aux soins avec un niveau de complexité pour mettre le médecin, même le médecin traitant, un peu en bout de chaîne. Moi, ça me paraît être assez rationnel. Tout en... comment dire... en insistant sur le fait que l'IPA, elle doit absolument être dans un exercice coordonné avec le médecin et surtout pas dans un exercice isolé, et comme on le dit à la place de. En fait, elle ne fait pas à la place de, elle fait avec.* » (C2).

#### d) Paradoxalement, la perception des IPA hospitalières était positive

La plupart des médecins qui considéraient le rôle d'IPA en soins primaires inutile, trouvaient des avantages à l'utilisation des IPA dans les services spécialisés hospitalier. D'après eux, le recours à l'IPA à l'hôpital pouvait permettre de :

- **Diminuer les délais de prise en charge** : « *On aurait des délais plus rapides sûrement.* » (A5), « *Pour la partie débrouillage aux urgences. Bah oui, ça permettrait d'éviter les 8h d'attente* » (C1),
- **D'améliorer la qualité de prise en charge** des patients en offrant une **meilleure information, une meilleure disponibilité** : « *Le ressenti des patients à l'hôpital, c'est que globalement ils ne comprennent pas ce*

*qu'on leur dit et qu'ils n'ont jamais le temps de poser leurs questions. Alors je me dis que s'il y a des IPA qui peuvent aider les médecins et favoriser la communication avec le patient, je me dis que ça peut être pas mal et ça peut aussi leur faire un contact éventuellement plus facile à joindre. » (B5),*

- **Diminuer la charge de travail des médecins spécialistes** : *« ma femme est néphrologue et je sais que dans son service, ils ont déjà deux IPA [...] Donc s'ils ont du personnel comme ça, compétent en plus, ça leur fait du travail en moins pour une charge qui est allégée. » (B1).*

Un seul point négatif a été abordé concernant les IPA dans **les services d'urgence** qui pourraient **prendre le rôle du médecin généraliste** : *« À mon avis, ils vont coller des IPA aux urgences qui vont faire la médecine générale. Ils vont voir les rhumes, les entorses, les trucs comme ça. Mais du coup, concrètement ils vont faire notre boulot quoi. » (B5).*

### **3) Le ressenti des médecins généralistes sur la collaboration entre médecins et IPA en soins primaires**

#### a) **Les médecins interrogés ressentaient beaucoup d'inquiétudes**

Lors des différents focus groups, les médecins participants ont fait part d'un nombre important d'inquiétudes concernant les IPA dans les soins primaires.

- Tout d'abord, ces médecins craignaient que l'arrivée des IPA ne **bouleversent leurs habitudes** et ne modifie **l'essence de la médecine générale**.
  - En ayant recours aux IPA, les sujets de l'étude redoutaient de **« perdre la main »** (C5), ce qui entraînerait des erreurs de prise en charge : *« parce que si à un moment on a plus que du soin, que tout est à peu près bien stabilisé [...] on va louper les choses » (C1).*
  - Ils considéraient que cette perte du suivi du patient changeait **« complètement le paradigme de la médecine générale »** qui est **« une médecine extrêmement de proximité »** (B3) où le suivi régulier du patient est important surtout qu'ils estimaient les pathologies chroniques comme leur **« cœur de métier »** (B4).
  - Les médecins craignaient un **« appauvrissement »** (C4) de leur travail, ainsi qu'**« une dévalorisation de leur acte de prescription »** : *« ça serait quand même dévaloriser notre acte de prescription ou de non-prescription hein, parce que prescrire c'est des fois de rien prescrire et je pense quand même vis-à-vis du patient, cette vision que bah voilà... maintenant les médicaments peuvent être prescrits par une infirmière, est-ce que ce n'est pas un peu, des fois dévaloriser l'acte de prescription, les responsabilités de l'acte de prescription ou de non-prescription ? » (B4).*
  - Ils redoutaient qu'avec toutes ces nouvelles professions, leur rôle ne se résume qu'à de la **coordination** des soins : *« Moi, ça me soulève pas mal d'interrogations tout ça parce que : entre le secrétariat, l'assistante médicale, l'infirmière azalée qu'on a déjà, tout ce monde-là : il faut déjà à coordonner tout ça. Alors l'IPA en plus... Est ce qu'on va passer notre temps dans la coordination entre les personnes ? » (A3).*



- Ils estimaient qu'inclure un IPA entraînerait une **réorganisation du cabinet** « *Il y a le problème des locaux, si l'IPA ne travaille qu'à l'extérieur, bon encore, on peut-on peut imaginer qu'elle fasse les visites. Mais s'il faut qu'elle travaille aussi dans les locaux, alors là, il va falloir multiplier le nombre de places dans la MSP de façon importante.* » (A3).
- Finalement un des médecins interrogés craignait **une mauvaise perception de la population du rôle des médecins et des IPA** : « *c'est un fort risque parce que quand on nous laissera entendre que les **médecins généralistes peuvent être remplacés par les IPA**, je pense que c'est absolument faux et c'est extrêmement dangereux [...] Et que du coup finalement on justifie une forme de dégradation de l'accès aux soins en fait en faisant croire qu'elles peuvent nous remplacer.* » (C2).
- Il était important pour eux **de lutter contre l'accès direct des patients à l'IPA** : « *Ce qui me paraît important en tout cas pour que les médecins ne se laissent pas envahir par ces nouvelles professions, c'est qu'on reste très vigilant et que l'accès direct à l'IPA ne soit pas validé et pourtant il en était question. Donc ça, il faut qu'on se batte contre* » (C5).
- Une des craintes les plus fréquemment émise visait **l'augmentation de la pénibilité du travail des médecins**. Ils redoutaient de perdre leurs **consultations simples** au profit de **consultations complexes plus longues** :
  - « *C'est sûr que si jamais tout ce qui est renouvellement simple, c'est délégué et qu'on se retrouve avec le plus difficile, ça ne va pas tenir longtemps comme ça.* » (A5),
  - « *Plus on me donnera des patients plus compliqués, plus je serai fatigué à la fin de la journée.* » (A4),
  - « *Ça fait aussi que probablement, on n'a plus du tout de « consult » de renouvellement parce que c'est l'IPA qui fait. On ne voit plus que les patients de « m\*\*\*\*\* » : des trucs où ça ne va pas, les machins où ce n'est pas possible. Euh là il faut tout renouveler, où il faut trouver le cardiologue d'urgence ou il faut trouver une place je ne sais pas où, avec des consultations donc extrêmement alourdies.* » (B3),
  - « *La problématique qui va se poser à terme, c'est le fait de ne plus voir des patients qui sont stables, on va forcément s'orienter vers une patientèle qui est toujours plus complexe, avec des consultations longues, et donc on va avoir une charge de travail en encore plus massive* » (B1).

Ils considéraient que la **charge de travail** serait également **augmentée** par le **temps de coordination** des différents acteurs des soins primaires et **par les IPA** eux-mêmes :

- « *Enfin quand tu rajoutes l'infirmier libéral, l'infirmier de l'EHPAD et après que tu rajoute l'IPA... On s'en sort plus quoi !* » (A4),
- « *Ce qui me gêne aussi, c'est finalement la multiplication des intervenants dans la prise en charge des patients, entre l'infirmière libérale, le kiné, qui vient à domicile, l'IPA, le médecin. Donc quelque fois, ça fait beaucoup de gens à coordonner.* » (C5),
- « *Non mais après, si elles... chaque fois qu'elles ont des anomalies, elles vont te rajouter ça. Enfin c'est encore une autre organisation quoi.* » (A4),

- « *Il faut toujours vérifier, il faut être dispo quand elle appelle. Ce n'est pas une collègue médecin en fait. Il faut qu'on garde vraiment la main et le regard sur ce qui se passe.* » (C2).
- Les médecins appréhendaient également des **relations interprofessionnelles difficiles**. Ils craignaient de travailler avec des professionnels ayant des personnalités **trop confiantes** : une potentielle source de **conflit** :
  - « *Moi j'aurais peur de ça, c'est à dire avec des infirmières qui auraient éventuellement des idées très différentes des miennes, avec une mise en porte-à-faux par rapport aux patients. C'est peut-être ce qui me fait le plus peur.* » (B2),
  - « *Mais la crainte que j'avais, sachant que dans la MSP, il y a des cabinets d'infirmiers, que ça ne soit pas en effet avec quelqu'un qui se positionne de façon intermédiaire et qui devienne chef en disant « mais vous savez pas du tout vous en occuper » et que l'IPA devienne responsable d'ordres à donner aux infirmiers.* » (C1),
  - « *Il peut y avoir comme dans toutes les formations, beaucoup d'attentes quand on leur fait faire des formations avec 2 ans de plus, il peut y avoir beaucoup d'ambition même avec peut-être enfin je ne sais pas, je verrai quand même des possibilités de conflits [...] moi j'aurais peur qu'il y ait beaucoup de compétition.* » (B2).
- Certains médecins s'inquiétaient de **l'utilisation des IPA par les pouvoirs publics pour transférer des compétences** :
  - « *Moi en fait ma crainte sur ce métier, c'est vraiment que les pouvoirs publics l'utilisent comme un moyen de vrai transfert de charges parce qu'il n'y a pas de transfert de compétences.* » (C2),
  - « *J'ai peur que malheureusement ce soit un outil politique pour gagner de l'argent et réduire nos possibilités de soins après* » (C4).
- Des craintes **d'ordre financier** ont été émises. Les sujets de l'étude redoutaient que le travail de l'IPA soit **mieux valorisé** que celui des médecins : « *Ça risque de poser problème le mode de rémunération parce que c'est vrai que notre geste qui est plafonné à 25 depuis un petit moment, qui n'est pas valorisé par rapport au coût de la vie actuelle et du coup au salaire horaire au niveau médical libéral, c'est... Je pense que l'infirmière qui s'installe en libéral, qui a 50€ par trimestre pour un suivi 60€ de forfait, 30 pour un bilan ponctuel. Enfin, elle risque d'être mieux payée que le médecin qui a fait 10 ans d'études* » (B1). Ils craignent une **perte de revenus** due à l'augmentation du nombre de consultations complexes qui nécessiteraient plus de temps en consultation : « *mais si l'IPA fait tout ce qui est simple, qu'il nous reste tout ce qui est compliqué... Euh, c'est... ça va poser problème aussi quand même au niveau rémunération.* » (A3). Un autre médecin s'inquiétait de la nécessité d'un **investissement financier** pour pouvoir accueillir un IPA : « *ce qui me pose aussi un peu de problème, c'est que ça va demander une réorganisation complète quand même du cabinet, c'est à dire, il faut lui créer un cabinet avec tout ce qui va avec, un cabinet médical complet, euh, donc ça, ça demande de la place, un investissement. Ça coûte quand même quelque chose.* » (B3).
- Finalement, la dernière crainte concernait **la responsabilité des actes et des prescription**. Un des médecins craignait être responsable des prises en

charge de l'IPA : « ça veut dire que c'est le médecin qui est responsable un peu du suivi aussi. Donc on continue à être responsable de ce qui se passe, hein ? » (B1).

b) La confiance en l'IPA est un élément déterminant

Pour pouvoir travailler avec un IPA, il était indispensable, pour les médecins interrogés, d'établir une **relation de confiance**. Pour certains médecins généralistes, la **personnalité** de l'IPA jouait un rôle déterminant, le contact avec les patients devait être bon et le médecin et l'IPA devait bien s'entendre, être capable de communiquer, sans conflit, tout en restant chacun dans leur rôle respectif.

- « Ça va dépendre aussi du profil de l'IPA parce que euh, on a une infirmière Asalée qui est extraordinaire et les patients, ils accrochent très bien et ça se passe très bien. Il y a des personnes qui sont plus ou moins appréciées, disons et bon l'IPA, son profil, il va être important aussi pour savoir si on peut lui confier beaucoup de patient ou pas. » (A3),
- « Si c'est une personne avec laquelle on s'entend bien et avec laquelle on travaille de la même manière et qu'on arrive à communiquer, qu'il n'y ait pas de conflit entre guillemets, de qui bosse le mieux et tout ça, que chacun reste dans son rôle et qu'on soit finalement à rôle égal » (B5),
- « Par contre, c'est vrai que moi je mettrais un vraiment un point d'honneur à avoir quelqu'un avec qui je me sens parfaitement bien et qui soit un peu une continuité de moi-même » (B5).

Pour un autre médecin généraliste, il était important que l'IPA **connaisse ses limites** et **se réfère au médecin** en cas de nécessité : « si la personnalité de l'IPA fait que... elle connaît ses limites, qu'elle sait où elle doit arrêter et qu'elle n'outrepasse pas son rôle et qu'elle réfère au médecin, qu'elle en discute, ça peut être en effet intéressant. » (C1).

La dernière condition formulée pour pouvoir faire confiance à l'IPA, était d'avoir **préalablement travaillé** avec ce professionnel, qui connaîtrait déjà le fonctionnement du cabinet. Pour un des médecins, il est impossible de confier ses patients à un inconnu : « J'envisage une IPA éventuellement au cabinet si c'est une infirmière avec laquelle je travaille déjà. Et encore pas forcément toutes. (une) Qui va savoir comment on fonctionne, nous, au cabinet, comment on prend en charge le patient [...] Parce que je ne peux pas déléguer à quelqu'un que je ne connais pas quoi. En fait je ne peux pas déléguer, confier et prendre le risque de perdre de vue certains patients ou me retrouver dans une situation un peu merdique urgente sans connaître les gens avec lesquels je travaille. » (B5).

Nous avons noté que **l'expérience d'une rencontre ou d'une collaboration avec un IPA jouait sur cette confiance**. Un médecin avait rencontré un IPA qui ne lui plaisait pas :

- « J'ai vu le mec du \*\*\* (lieu), il ne m'a absolument pas convaincue, j'ai trouvé qu'il était assez particulier. » (B3),
- « Je ne voudrais pas lui mettre mes patients entre les mains. » (B3).

Un autre médecin avait eu une expérience négative avec une IPA : « ça n'a pas forcément marché avec la première, c'est qu'il y a eu 2 couacs et qui m'ont vraiment fait perdre confiance en fait. »

Au contraire, d'autres médecins avaient bien vécu leur rencontre ou leur collaboration avec un IPA :

- « *J'avais plutôt une attitude assez positive et bienveillante quant à leurs futures tâches et pas du tout d'inquiétude qu'elle me, en tout cas, qu'elle me prenne une partie de mon activité ou autre hein. Clairement, à ce sujet-là, aucune inquiétude.* » (C3),
- « *Moi j'ai mon petit angle de vue avec l'IPA avec lequel on travaille, avec qui ça se passe très bien, avec qui j'ai toute confiance* » (A5).

c) La collaboration avec les IPA : des avantages

**La diminution de la charge de travail** était l'avantage principal rapporté par les médecins généralistes de l'étude. En effet, en ayant recours à un IPA, les médecins espéraient être moins débordés :

- « *Alors pour le coup je le vois vraiment comme un quelque chose de complémentaire qui un moment donné, effectivement, amène un allègement de la prise en charge par le médecin* » (C2),
- « *(son rôle c'est) S'occuper de pathologies chroniques, plus particulièrement et prendre en charge des patients pour alléger un petit peu le travail des généralistes* » (C1),
- « *Ça nous évitera de tout faire en une consultation* » (B5),
- « *Moi, je vois, à la campagne où on travaille, on est un peu débordé, je trouve que ça peut être quand même un gros plus pour nous.* » (A1).

Ils espéraient gagner du temps en déléguant les consultations les plus chronophages comme les **visites à domicile** :

- « *Nous à la campagne, on perd beaucoup de temps dans les visites quand on va voir un papi à 20 km de chez nous, aller-retour, ça nous fait beaucoup de perte de temps et bah du coup l'IPA sera bien utile quoi.* » (A1),
- « *Elle me permet de voir plus de patients et de faire moins de visites à domicile.* » (C5).

Les IPA pourraient également **alléger les durées de consultations** des médecins généralistes :

- « *Parce que quand tu les vois en renouvellement, souvent ils te parlent de leurs pieds, de leur arthrose, de je ne sais quoi et donc du coup ils vont quand même venir, c'est à dire qu'il n'y aura pas besoin de faire leur ordonnance de renouvellement de leur pathologie chronique, mais ils viendront quand même pour autre chose. Et donc du coup, la consultation durera peut-être un peu moins longtemps* » (A2).

Ils espéraient également **diminuer leur travail « administratif » et libérer du temps d'expertise médicale** :

- « *Ça nous aidera à un peu nous sous charger des dossiers complexes où il faut coordonner tous les soins divers. Tant que ça sera que des renouvellement d'ordonnance avec des contrôles cardio, hémato, enfin ça elles pourront le faire et nous renvoyer le compte rendu, ça nous limite un petit peu les temps administratifs qui sont aussi pour nous très soporifiques.* » (A1),
- « *Dans l'idée de gagner du temps pour les autres patients* » (C5),
- « *Si ça peut nous amener vers un exercice comme elle le dit, C5, en fait avoir plus de temps pour les autres et aussi plus de temps pour d'autres*

*activités plus complexes, avec des plus hauts niveaux de... une nécessité de plus haut niveau de compétence. Je pense que je le vois plus comme une opportunité pour nous pour gagner en qualité. » (C2).*

Finale, l'idée de **travailler en équipe** les séduisait :

- « *Je trouve que justement le travail en équipe amène un plus, authentique. » (C1),*
- « *Non mais moi, c'est sûr que l'aspect collaboration, moi c'est quelque chose qui m'intéresse. [...] ce travail d'équipe, c'est quelque chose d'enrichissant. » (C4).*

#### **4) La perception des médecins généralistes sur la relation IPA-patients**

##### **a) Les avantages de l'IPA pour le patient**

Parmi les médecins interrogés, certains percevaient des **avantages pour les patients** qui seraient suivis par un IPA en plus de leur médecin traitant.

Les patients pourraient bénéficier d'une **amélioration de la qualité de leur suivi** :

- « *À priori quand même en regardant un petit peu, il y a quand même une amélioration semble-t-il de la qualité des soins. En tout cas c'est le but. [...] Donc si c'est pour effectivement avoir une amélioration de la qualité des soins, je pense que ça peut nous aider. » (B4),*
- « *Est-ce que ça peut améliorer le suivi du patient ? Euh oui, dans les situations où vraiment on est en problème de démographie » (A2).*

Grâce aux IPA qui contrairement aux médecins pourraient **passer plus de temps en consultation** à examiner ou à écouter le patient :

- « *Je crois qu'on a plus les moyens de tout faire et que c'est là en fait que ça offre une réponse finalement. » (C2),*
- « *Elles avaient un peu plus de temps médical puisque tel que ça nous a été présenté, elles pouvaient avoir jusqu'à 3 quarts d'heure, 1h à passer avec un patient pour l'examiner et faire un peu le tour de la question, de ce qui était de son renouvellement de traitement. » (C3)*
- « *(L'avantage c'est) Peut-être un peu plus de temps d'écoute de l'IPA, à condition que l'IPA joue le jeu. » (C5),*
- « *Alors c'est vrai que si on peut avoir de l'aide. Pourquoi pas pour optimiser en même temps le suivi de pathologie où on n'a peut-être pas le temps en effet de mettre le nez dedans tout le temps, tout le temps, tout le temps et là ça sera peut-être mieux examiné, mieux vérifié, elle pourra lui faire retirer les chaussures, vérifier les pieds chez le diabétique, révérifier les trucs que c'est vrai, je l'accorde, je n'ai pas toujours trop le temps de regarder. » (C1).*

Ces patients pourraient également bénéficier d'une **amélioration des actes de prévention** :

- « *Ils (les patients) peuvent se rendre compte que c'est vraiment intéressant et qui a même une plus-value au niveau de la prévention. » (A5).*

Cette amélioration du suivi est aussi expliquée par le fait que les IPA apporteraient un **regard différent** :

- « C'est pas la même approche, c'est pas les mêmes questions, c'est pas la même façon de voir les choses et ils y trouveront certainement quelque chose qui ne se retrouve plus dans nos consultations, où on est hyper speed ou hyper pressé » (A6)
- « Alors je trouve même des avantages. Enfin des avantages au-delà du temps, c'est qu'il y a un axe d'approche différent. [...] Et du coup j'apprends des choses sur des patients que je suis depuis des années et des années. Mais parce que je n'ai pas eu le même angle d'approche et que du coup je n'ai pas obtenu les mêmes informations et je trouve que le fait de travailler de façon on va dire complémentaire en tout cas comme ça en relais et ben ouais c'est intéressant » (A5)
- « L'avantage, c'est l'échange de vision du patient, qui peut être quand même assez différente de l'infirmier par rapport à au médecin. Euh, d'autant plus qu'elle, elle a une expérience d'infirmière libérale donc il y a des choses qu'elle sait voir chez les patients que moi je ne vois pas forcément. Elle a un abord qui est différent du médecin. » (C5)

Ces regards complémentaires apportés par les IPA et les médecins permettent une **meilleure prise en charge « globale » des patients** :

- « L'intérêt pour moi c'était de switcher entre une consultation classique médicale et une consultation avec un autre abord du patient pour une prise en charge toujours globale du patient. » (A6).
- « Et je pense effectivement que quand il y a plusieurs regards sur un patient ; le patient, il y retrouve son compte parce que voilà, ça permet d'élargir la globalité. » (C5)

Ce suivi amélioré permettrait également d'**améliorer la satisfaction de ces patients** :

- « C'est aussi le plaisir de finalement savoir que nos patients seront satisfaits d'avoir des gens qui, des fois, ont peut-être un peu plus de temps à passer avec eux, à approfondir des choses qu'on n'aurait peut-être pas le temps, nous personnellement, de voir. » (C3).

#### b) Les désavantages des IPA pour le patient

Plusieurs critiques ont été émises par les médecins de l'étude. Le recours à un IPA pourrait porter préjudice aux patients.

Les médecins redoutaient **une altération de ce suivi** : « Moi, les craintes que j'avais, c'était qu'ils soient moins bien suivis. Voilà, euh, qu'effectivement y a des loupés quoi. » (C2), notamment à cause de la rémunération des IPA qui s'appuie sur des forfaits : « Sachant qu'avec cette rémunération forfaitaire par trimestre, le danger c'est que certains IPA **refusent de voir le patient plus d'une fois par trimestre**. Ce qui n'est pas forcément l'objectif. Il y a des gens qui ont besoin d'être vus plus souvent, d'autres moins souvent. » (C5). Cette crainte d'une altération du suivi est liée à l'**appréhension** que les médecins ressentent **vis-à-vis des compétences des IPA**. Ils redoutent que les compétences de ces derniers ne soient pas à « la hauteur de ce qui serait théoriquement attendu » (C2), notamment concernant la prescription médicamenteuse et la transmission des informations aux spécialistes.

La **multiplication des intervenants** risquerait de rendre compliqué le suivi de ces patients :

- « Comment le patient vit ces multiples consultations avec des gens différents ? Et quel est le positionnement de chaque professionnel qu'il a en face de lui ? Ça va devenir effectivement un peu compliqué non seulement pour nous, mais pour le patient. » (A6),
- « Bah le désavantage principal, c'est la multiplication des intervenants et la confusion des rôles de chacun. Je pense que ça c'est quand même... déjà pour nous ce n'est pas simple de s'y retrouver alors pour le patient... ça, ça me paraît quand même être un challenge. » (C2).

Avec tous ces intervenants (internes, remplaçants, IPA) et les congés des médecins, les patients risqueraient de ne **plus voir leur médecin traitant** :

- « C'est sûr que si j'ai une IPA comme je suis maître de stage, j'ai des aussi des SASPAS. Entre mes vacances, mon SASPAS ... [Rires] Parce que oui, il peut bien se passer 2-3 ans. » (B4),
- « J'ai un peu peur que ça coince pour certains et puis que même enfin nous, il suffit qu'on soit en vacances une fois tous les 6 mois, en fait, on finit par voir le patient une fois par an » (B5),
- « Après, je pense que du point de vue du patient, il y a certains que ça risque d'arranger et qu'on aura du mal à revoir » (B5).

Finalement, le suivi IPA entraînerait **une altération de la relation médecin-patient** :

- « Il y a aussi la relation médecin patient qui est régulière, qui fait aussi que bah le soin, il existe. Et cette relation-là, c'est vrai que, avec une autre personne, ça sera pas du tout la même chose [...] Euh, d'avoir une personne qui vient régulièrement et du coup, si on voit les gens tous les six mois, tous les ans, effectivement quand on est en en congé, ça désorganise. Pour moi ça désorganiserait. Et la relation qu'on a vraiment personnelle avec le patient bah elle risque d'être plus floue quoi, ... moins fréquente et moins évidente. » (B1).

### c) La projection du ressenti des patients vis-à-vis du suivi IPA

Les médecins se sont mis à la place des patients et ont imaginé le ressenti des patients vis-à-vis des IPA.

Pour certains médecins, les patients pourront éprouver des **sentiments positifs**, tel que la satisfaction d'être bien suivi :

- « Qu'on ajoute un intervenant, qu'on s'occupe d'eux, les gens, de manière générale, à partir du moment où l'on s'occupe d'eux, ils sont contents. » (C4),
- « Je pense que les patients, s'ils sentent qu'on prend soin d'eux et que y a de la confiance, globalement ça passe [...] et après ils diront que « c'est vachement bien comme ça » et qu'ils ont deux personnes au lieu d'une, qu'elles sont complémentaires. » (C2).

D'après les médecins qui travaillaient déjà avec un IPA, les patients **étaient globalement satisfaits** par le suivi des IPA :

- « D'autres ont accepté parce que je leurs ai présenté la chose en leur disant, « voilà, j'ai plus beaucoup de temps à vous consacrer donc si vous êtes d'accord, vous allez être vu en alternance par l'IPA et par moi ». Bon comme elle est gentille, ça passe plutôt bien. » (C5),

- « Ouais, depuis le mois de novembre, donc là je commence à avoir les premiers retours. C'est à dire que je revois des gens, qui ont vu mon IPA depuis le mois de novembre et pour l'instant je n'en ai aucun qui ne veut pas revoir l'IPA. » (A5).

Cependant, d'après les médecins de l'étude, les patients pourraient ressentir certains **sentiments négatifs** comme l'**impression d'être perdus** :

- « Mais comme je disais tout à l'heure, confusion des genres, quelquefois, ils ne savent plus trop dans quel cas il faut faire appel à elle et quand il faut faire appel à moi. » (C5),
- « Nous on a fait le choix d'éviter de faire un suivi infirmier Asalée et IPA parce que sinon les patients ils vont être complètement perdus... » (C2).

Ces patients pourraient également avoir un **sentiment d'abandon** :

- « Il faut quand même choisir le patient qui pourra... enfin qui n'ira jamais avec un IPA. Soit parce qu'ils le prendront mal, se sentiront abandonnés, ils ont l'impression qu'on les délaisse » (A1),
- « Ils vont peut-être quand même avoir un peu l'impression qu'on les abandonne, qu'on veut plus s'occuper d'eux et je me demande si finalement on ne va pas les voir plus souvent du coup ? » (B5),
- « Mais il y en aura certainement d'autres aussi qui vivront ça plutôt comme un abandon. » (C3).

Le transfert du suivi du médecin vers l'IPA serait compliqué car les patients ressentent une **attache particulière envers le médecin de famille** :

- « Certains ont des attaches particulières avec leur médecin, avec des transferts qui impliquent une forme de relation très exclusive. » (C2),
- « On voit déjà, moi ça fait 4 ans que je suis maître de stage. C'est vrai que... de par mes activités à la faculté, j'ai quand même régulièrement des remplaçants et les gens, ils veulent voir leur médecin quoi. Donc c'est vrai que certains... Ils accepteront voilà, mais ils se diront « ouais mais j'aurais préféré vous voir vous » ou alors « vous n'étiez encore pas là » ou voilà, je pense qu'il y aura un peu ce côté aussi : on a envie de voir son médecin et pas forcément de voir quelqu'un d'autre. » (C3).

Certains médecins craignaient que les patients **confondent les rôles** entre l'IPA et le médecin :

- « Après, je pense que ça doit être plus « chiant » si jamais les gens n'ont pas bien compris le système et que quand ils viennent voir l'IPA et bah ils demandent quand même d'autres trucs et que là effectivement l'IPA va venir te solliciter ou voilà. » (A5),
- « Mais je voudrais juste rajouter que quelquefois il y a une confusion des patients qui du coup savent plus bien quel est le rôle de l'IPA et qui l'appellent pour un problème aigu qui n'a rien à voir avec leur pathologie chronique. Et ça, c'est ça, c'est un peu embêtant. » (C5).

Un des médecins interrogés supposait que ses **patients refuseraient d'être suivi par un IPA en dehors de leur cabinet habituel** :

- « Le patient n'ira pas dans un autre cabinet pour un examen de son renouvellement de traitement » (A6).



d) Modalité de choix des patients qui seront suivi l'IPA

Parmi les médecins participant à l'étude, certains pensaient qu'il était nécessaire de **présélectionner les patients** qui seraient suivi par les IPA, en effet, tous les patients ne seraient pas ouverts au suivi infirmier :

- « *Moi je sais qu'il y en a à qui je ne le propose même pas ! Ils sont équilibrés et tout, mais je sais que ce n'est pas possible. Ceux qui effectivement ne veulent pas avoir les remplaçants, les... voilà y en a, à qui je ne le propose pas. Donc je pense qu'il faut déjà qu'on les sélectionne quand même, les gens avec qui on sent que ça ne posera pas de problème.* » (A5),
- « *Je crois qu'effectivement, il faut quand même choisir le patient qui pourra enfin qui nous n'irons jamais avec un IPA. Soit parce qu'ils le prendront mal, se sentiront abandonnés, ils ont l'impression qu'on les délaisse, soit parce qu'ils seront trop pointilleux et de toute façon, il va poser des tas de questions que l'IPA ne saura pas répondre. C'est vraiment un profil de patient qui peut correspondre, mais je ne pense pas que tout profil de patient va pouvoir adhérer à une IPA* » (A1).

Pourtant pour d'autres médecins, il **ne fallait pas prêter attention aux a priori des patients** :

- « *Je ne suis pas sûr que les patients aient une bonne conscience de tous les tenants et les aboutissants de ces évolutions d'organisation. Je pense, là-dessus, qu'il faut plutôt les accompagner et pas forcément être trop sensible aux retours.* » (C2),
- « *Est-ce qu'ils ont une notion de la qualité de soins et sur quoi elle repose ? Je ne pense pas qu'on puisse leur faire confiance* » (C4).

Quelques médecins pensaient même qu'il faudrait « **obliger** » les patients à rencontrer les IPA pour découvrir ce nouveau métier :

- « *Il faut trier, certes, mais euh compte tenu actuellement aussi de la, de la conjoncture médicale, est ce que le patient n'est pas obligé parfois maintenant de faire ce qu'on lui dit ? [...] Est-ce que là aussi quand vous dites il faut trier avant l'infirmière Asalée et ou l'infirmière IPA. Est-ce qui n'y a pas un passage obligé, un jour, pour qu'il se rende compte qu'effectivement c'est une consultation complètement différente et que finalement ce n'est pas si mal que ça. [...] Parce que si on ne les pousse pas de temps en temps aussi un peu, je pense que le confort, il est de rester avec son médecin traitant et de continuer sa petite consultation avec son médecin traitant. Donc est-ce qu'il faut trier ? Certainement. Est-ce qu'il faut les obliger au moins une fois à passer par une IPA pour qu'ils se rendent compte qu'effectivement ce n'est pas la même approche, ce n'est pas les mêmes questions, ce n'est pas la même façon de voir les choses.* » (A6),
- « *Moi je crois qu'ils sont un peu soumis à ce qu'on leur présente. C'est comme le disait C5, je leur dis « Je vous prend, à condition que » « ah bah d'accord » et puis finalement, ils s'y font et après ils diront que « c'est vachement bien comme ça ». » (C2).*

Finalement certains médecins estimaient qu'il fallait **habituer les patients à l'évolution future des soins primaires où le médecin n'est plus l'unique acteur** :

- « *Moi je les prépare progressivement à ce que de toute façon je me barre dans 5 ans donc je leur dis « de toute façon il va bien commencer à falloir*

*que je vous confie à Pierre Paul Jacques au fur à mesure. Donc plus vous serez connu par différentes personnes mieux ce sera pour vous ». Donc c'est comme ça que je l'amènerai et que je le présenterai. [...] Donc je pense que la transition c'est justement... dans le cadre des MSP avec des nouveaux confrères, des nouveaux médecins, des internes et ainsi de suite. C'est de dire aux gens qu'on ne va pas être la pièce, si on nous retire, c'est la cata et tout s'écroule par notre disparition. » (C1),*

- *« Je crois aussi qu'il faut, bah comme le dit C1, habituer les patients au fait que cette forme de relation exclusive et de totale disponibilité bah elle est finie en fait les temps changent. Et les pratiques changent et je pense que les patients, c'est comme plein de choses, ils n'étaient pas trop d'accord quand les médecins se déplaçaient plus pour la fièvre des enfants, maintenant ça viendrait presque plus à l'esprit d'un parent d'appeler pour demander une visite à domicile parce que le gamin a de la fièvre, euh, voilà, l'IPA ça peut être dur à un moment. Et puis s'il y a de la relation de confiance et si ça marche bien. Bah ça paraîtra une évidence. » (C2).*

# DISCUSSION

---

## **I. Intérêt de la méthodologie**

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes de Lorraine à propos du rôle et l'intégration des infirmiers en pratique avancée dans les soins primaires.

La méthode qualitative nous est apparue comme la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche car nous cherchions à explorer des opinions, des représentations et des ressentis (71). Le choix de la méthode s'est porté sur la réalisation de focus groups car elle est particulièrement indiquée pour « étudier la variété des opinions et des sentiments des acteurs sur un sujet donné ». Elle est utile pour « mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus » et pour « objectiver les facteurs associés aux opinions » (74). Cette méthode est donc un excellent outil pour « évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions » (75). L'avantage du focus group « réside dans les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe, les échanges favorisent l'émergence des connaissances, opinions et expériences » (75).

La réalisation d'une étude qualitative avec la réalisation des focus groups est donc tout à fait adaptée à ce type d'évaluation.

## **II. Forces et limites de l'étude**

### **1) Points forts de l'étude**

L'introduction de la pratique avancée en France, notamment dans les soins primaires est encore à ses débuts et commence à faire l'objet d'études. Quelques travaux traitent de la vision des médecins généralistes français mais ils sont encore rares dans la littérature et ont été réalisés dans d'autres régions françaises. Il nous semble important d'avoir une idée de l'opinion des médecins généralistes de notre secteur au début de l'implantation des IPA et de la comparer aux autres études françaises et internationales. De plus, ces derniers mois, la pratique avancée fait polémique particulièrement concernant l'instauration d'un accès direct aux infirmiers en pratique avancée. Encore récemment, plusieurs milliers de médecins libéraux ont manifesté contre la proposition de loi prévoyant l'accès direct à certaines professions paramédicales et l'extension du champ de compétence des IPA (76). Cette étude s'inscrit donc totalement dans l'actualité.

Le choix de la méthode des focus groups a permis par ailleurs la libre expression des médecins interrogés et l'obtention de discours très riches. Les interactions entre les participants ont permis d'obtenir une dynamique de groupe et ainsi récolter des avis divergents, ce qui constitue un avantage par rapport aux entretiens individuels. Même si cette méthode n'est adaptée pour éduquer les participants (75), il est possible que les échanges entre médecins expérimentés et non expérimentés aient pu apporter certaines connaissances à ceux qui n'avaient aucune expérience d'une collaboration avec un IPA.

Nous avons enfin inclus des médecins avec des caractéristiques variées permettant de constituer un échantillon diversifié afin d'obtenir une grande variabilité de réponses.

## 2) Limites de l'étude

Comme cité précédemment, la pratique avancée n'est qu'à ses débuts, il en résulte inexorablement un manque d'expérience globale des médecins à propos des IPA en France constituant un biais de méconnaissance du thème. De plus, il existe un manque de standardisation du rôle des IPA au niveau international car leur mise en place diffère selon les pays pouvant rendre difficile la comparaison des données entre la France et les autres pays.

Il existe également des limites liées à notre travail de recherche que nous avons essayé de maîtriser. Tout d'abord, il peut exister des biais liés à l'utilisation de la méthode des focus groups :

- elle peut engendrer une réticence de certains participants à exprimer publiquement des idées personnelles et entraîner un manque de sincérité dans leur discours. Mais ce risque a pu être maîtrisé par la mise en place d'un climat de confiance afin de favoriser la libre expression de chaque participant ;
- les focus groups ont été réalisés à distance en vidéoconférence, il est possible que cela ait entraîné une diminution de l'adhésion des médecins à la réunion. Ce recours à la vidéoconférence a cependant facilité le recrutement des médecins qui s'est avéré compliqué en raison du manque de disponibilité des participants ;
- le premier focus group a été animé par un chercheur expérimenté accompagné d'un observateur, cependant les deux autres focus groups ont été animés par un chercheur peu expérimenté non accompagné d'un observateur. Néanmoins l'enregistrement audio et vidéo des participants a permis d'analyser les données non verbales dans un second temps ;
- lors du déroulement des focus groups l'animateur a pu influencer la réponse des participants par l'emploi de questions de relances et par la reformulation de questions mais toutefois en prenant le soin de rester le plus neutre possible afin d'éviter l'apparition d'un biais d'investigation.

D'autre part, des biais de sélection ont également été identifiés :

- l'échantillon n'est pas totalement représentatif de la population étudiée. Dans cette étude, les femmes sont surreprésentées (62.5%) par rapport aux effectifs de médecins généralistes en activité régulière dont la part des femmes s'élève à 52.5% en 2022 (1). De plus, l'échantillon comprenait une majorité de médecins exerçant dans des zones rurales ; pourtant de manière générale le nombre de médecins généralistes pour 1000 habitants est plus élevé sur les territoires urbains que ruraux (77). La part des médecins travaillant en groupe était également augmentée par rapport à la population générale des médecins généralistes : dans notre étude 81% des médecins exerçaient en groupe alors que d'après l'ARS, « 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe » comprenant également l'exercice en MSP (78). La majorité des participants avaient une activité libérale (87%) et selon une étude publiée en mars 2021 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 57% des médecins généralistes exerçaient exclusivement en libéral, 8% avaient une activité mixte (libérale et salariée) et 35% avaient une activité salariée (79). Finalement la moyenne d'âge des participants (49 ans) était représentative de la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité régulière en 2022 (50 ans) (1).

Néanmoins l'analyse qualitative ne requiert pas de représentativité statistique de l'échantillon (80) et l'inclusion de médecins aux caractéristiques variées (âge,

- sexe, mode d'exercice, nombre d'années d'installation, expérience IPA...) a permis l'obtention d'une grande richesse de données ;
- les participants des focus groups ont été sélectionnés en fonction de leur département d'exercice et beaucoup d'entre eux étaient maître de stages. Par conséquent certains médecins se connaissaient. Ceci a pu créer des rapprochements entre les participants et occasionner un manque d'explicitation de leurs points de vue qui ont pu être compris implicitement. Toutefois, cette familiarité a permis d'instaurer le climat de confiance entre les médecins et libérer la parole des médecins interrogés ;
  - dans le focus group incluant des médecins vosgiens, aucun des participants n'avait une expérience de collaboration avec un IPA. L'opinion générale vis-à-vis des IPA était très négative, non contre balancée par la présence d'un médecin ayant une expérience des pratiques avancées.

Finalement, afin de limiter au plus l'apparition de biais et de renforcer la qualité de ce travail, nous avons répondu à 30 des 32 items des lignes directrices COREQ (81) . Il est important de préciser que nous n'avons pas effectué de retour des transcriptions aux médecins et que ces médecins n'ont pas exprimés de retours sur les résultats. Le codage des données a été réalisé par un chercheur sans triangulation des données, cependant le codage a été contrôlé par un chercheur expérimenté qui a apporté quelques modifications.

### **III. Discussion sur les résultats**

#### **1) Infirmier en pratique avancée, un métier méconnu des médecins généralistes**

La pratique avancée en France est encore jeune et notre étude révèle un manque de connaissance de la part des médecins généralistes à propos du rôle et de la formation des IPA. Ces lacunes s'observent chez les médecins n'ayant pas d'expérience antérieure de collaboration avec ces nouveaux professionnels de santé.

Ces médecins avaient une vision peu précise du rôle et des compétences de l'IPA, ils avaient intégré certains concepts généraux tels que le suivi de patients porteurs de pathologies chroniques stabilisées, la réalisation d'examen cliniques et la capacité à renouveler un traitement. Ils savaient également que les IPA coopéraient avec le médecin traitant dans le suivi des patients concernés grâce à la mise en place de protocoles et que ces patients devaient être redirigés vers le médecin en cas de signe d'instabilité de leurs pathologies.

Néanmoins, d'autres concepts tels que les domaines d'interventions des infirmiers en pratique avancée, la liste des pathologies prises en charge en soins primaires, les compétences propres à l'exercice de la pratique avancée, la rémunération et la formation des IPA étaient mal maîtrisés. Cependant certaines de ces notions ont été listées par des médecins rompus à la pratique avancée.

Ce manque de connaissance entraîne une confusion des rôles entre les IPA, les IDE, ASALEE, les assistants médicaux ou parfois avec le médecin. La plupart des médecins de l'étude considéraient que l'IPA n'avait pas sa place dans les soins primaires notamment à cause de ce rôle ambigu. Cette confusion des rôles est problématique pour l'implantation des IPA car les différents professionnels peuvent considérer que leurs pratiques sont remises en cause. Ils pourraient donc percevoir les IPA comme une menace ou alors comme inutiles car leurs compétences appartiendraient à d'autres corps de métiers.

Le manque de connaissance du rôle de l'infirmier en pratique avancée représente alors un frein majeur à l'intégration des IPA dans les soins primaires. Cette problématique n'est pas nouvelle, nous pouvons la retrouver dans des études effectuées à l'étranger.

Dans une revue systématique d'études qualitatives explorant des expériences de patients, infirmiers et médecins qui ont été en contact avec des IPA en soins primaires, Jakimowicz M. et al. révélaient que le rôle et le champ d'exercice de l'infirmier en pratique avancée était mal défini, ambigu et restait obscur pour les médecins généralistes (82). Ce manque de connaissance du rôle entraînait un désintérêt des médecins à l'égard de la pratique avancée.

De même, une autre étude réalisée en Suisse en 2019, évaluant les premières expériences de médecins généralistes et d'IPA suite à leur implantation dans les soins primaires suisses, révélait que la barrière principale à l'intégration des IPA était le manque de connaissance du rôle par les médecins (83).

Finalement Carr J. avec son étude qualitative évaluant les connaissances et la posture des médecins généralistes anglais n'employant pas de « Nurse Practitioner », confirme également nos résultats et montre que les médecins français ont les mêmes réticences que les médecins anglais face aux « Nurses Practitioners » (84) : les médecins anglais de l'étude de Carr J. étaient confus vis-à-vis du rôle de ces infirmiers, ils avaient des connaissances limitées de ce que sont les pratiques avancées et ils ressentaient des incertitudes concernant les qualifications et la formation de ces infirmiers.

Il est donc nécessaire de développer la formation des médecins généralistes au cours de leur cursus universitaire ou lors de formation continue pour expliquer clairement les rôles et compétences des IPA pour faciliter leur intégration dans les soins primaires.

## **2) Un métier plutôt mésestimé qui inquiète les médecins généralistes**

Cette étude met en évidence une perception assez négative des médecins à propos des IPA. Tous les médecins de l'étude s'accordent sur la formation des infirmiers en pratique avancée qu'ils jugent trop courte pour pouvoir appréhender la complexité de la prise en charge des pathologies chroniques. En effet ces deux années de formation seraient insuffisantes pour pouvoir comprendre la physiopathologie des maladies, maîtriser la pharmacologie et la prescription d'examens complémentaires alors qu'un médecin généraliste bénéficie de 9 ans de formation pour être capable de prendre en charge ces pathologies.

Certains de ces médecins ne considéraient pas les IPA comme une solution à leurs problématiques tels que la démographie médicale en baisse, la mauvaise utilisation des compétences des médecins généralistes, la surcharge de travail, le manque de moyens et de rémunération. Ils ne trouvaient pas d'avantage à collaborer avec ces infirmiers et estimaient que ce nouveau métier n'avait pas sa place dans les soins de premier recours car il entrerait en concurrence avec les autres professionnels de santé. D'autres considéraient les IPA comme une solution palliative et temporaire pour combler le déficit des médecins généralistes. Ces ressentis provenaient de médecins n'ayant pas d'expérience de collaboration avec un IPA.

Lors de cette étude, les médecins généralistes interrogés ont exprimé beaucoup d'inquiétudes vis-à-vis de ce nouveau métier. Ces craintes concernaient surtout le champ d'activité de la médecine générale. Ces médecins craignaient que l'arrivée des IPA ne bouleverse leur pratique avec un appauvrissement de leur travail, qu'elle n'entraîne une dévalorisation de l'acte de prescription, une majoration de la charge de travail avec un temps de coordination plus important et une perte des consultations simples au profit des consultations complexes. Ils s'inquiétaient également d'une altération du suivi des patients ayant des pathologies chroniques stabilisées à cause d'un manque de compétence des IPA et d'un risque de conflit avec des infirmiers ayant une personnalité trop confiante.

Finalement, certains craignaient la mise en place d'un accès direct pour les IPA et que l'opinion générale estime que les IPA pourraient remplacer les médecins généralistes.

Pourtant, nous avons noté une divergence d'opinions parmi les médecins. En effet, d'autres médecins dont ceux travaillant déjà avec un IPA n'avaient pas une vision aussi négative. D'après eux, ces infirmiers en pratique avancée avaient leur place dans les soins primaires. Ils pouvaient représenter une solution aux problèmes de démographie médicale, diminuer leur charge de travail ou libérer du temps médical nécessaire à la prise en charge d'autres patients. Ils estimaient que le travail en équipe apportait une plus-value et que les IPA n'entraient pas en concurrence avec les autres professionnels de la santé. Finalement ils pensaient que les lacunes inhérentes à leur formation pouvaient être contrebalancées par l'aide des médecins généralistes et la formation continue de ces infirmiers.

Les perceptions négatives ressenties par les médecins inexpérimentés à la pratique avancée sont retrouvées dans d'autres études.

Une étude de Wilson A. évaluant la perception des médecins généralistes anglais à propos du développement des IPA en Angleterre soutient nos résultats (85). Les médecins généralistes anglais se sentaient menacés par l'introduction des IPA dans les soins primaires qui entraînerait une modification du type de consultations avec un transfert des consultations simples aux IPA. Ils estimaient alors que leur charge de travail ne serait pas diminuée. En ne voyant plus certaines pathologies, ces médecins craignaient de perdre des compétences et une certaine estime de soi. Ils s'inquiétaient également de la capacité des IPA à prendre en charge leurs patients, car d'après eux, seuls les médecins avaient la formation nécessaire pour évaluer et prendre en charge correctement leurs patients. Ces inquiétudes étaient présentes, comme dans notre étude, chez les médecins ne travaillant pas avec des IPA. Les médecins ayant une expérience de travail avec un IPA admettaient avoir ressenti les mêmes inquiétudes, néanmoins ces dernières étaient rapidement effacées par la contribution positive apportée par les IPA dans les soins primaires.

La perception négative unanime des médecins de notre étude à l'égard de la formation des IPA est également retrouvée dans celle de Wilson A. : pour les médecins anglais, la formation des infirmiers en pratique avancée n'était pas adaptée à la prise en charge des patients en soins primaires. Même les médecins expérimentés exprimaient des appréhensions concernant la formation des infirmiers.

Des travaux ont été également menés ces dernières années en France.

Selon Pirer S. dans sa thèse sur les représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers en pratique avancée, la majorité des médecins généralistes ne percevaient aucun avantage à collaborer avec un IPA et craignaient la disparition du rôle central du médecin généraliste et une complexification de leur pratique en cédant les consultations les plus simples aux IPA (86). Ultérieurement, Le Cann A. avec une étude qualitative datant de 2021 explorant la vision des médecins sur la collaboration entre le médecin généraliste et l'infirmier en pratique avancée, révélait que les médecins généralistes considéraient la formation des IPA également problématique (87). Le rôle des IPA était mal compris et parfois confondu avec celui d'autres professionnels de santé. Cette étude dévoilait aussi des divergences d'opinion : certains médecins percevaient les IPA comme une menace pour leur propre rôle et appréhendaient la possibilité de prescription des IPA alors que d'autres considéraient ce nouvel acteur avantageux pour les soins primaires.

Encore une fois, dans ces travaux comme dans le nôtre, le manque de connaissance des médecins généralistes est mis en avant, et représente le principal frein à l'intégration des IPA dans les soins primaires français. Les craintes et les doutes sont induits par une

perception faussée des médecins généralistes. En effet, elle ne repose pas sur des connaissances ou une expérience mais plutôt sur des préjugés.

Cependant, quand nous nous intéressons au constat de l'implantation des infirmiers en pratique avancée dans des pays ayant plus d'expérience, nous retrouvons des avis positifs. Selon une étude américaine de 2017 étudiant les comportements des médecins et des « Nurses practitioners » dans les soins primaires dans un pays où la pratique avancée existe depuis plusieurs décennies, les médecins considéraient les « Nurses practitioners » idéales pour les soins primaires (88). Ces médecins avaient un profond respect à leur égard et évaluaient favorablement leurs compétences. D'après ces médecins, ces infirmières avaient des qualités indéniables, elles pouvaient prodiguer des soins de bonne qualité sans difficulté et apportaient une plus-value certaine au suivi des patients grâce à leur approche différente.

Selon Poghosyan L. qui évaluait la collaboration entre les « Nurses practitioners » et les médecins new-yorkais et se demandait comment cette collaboration pouvait affecter leur satisfaction au travail et leur perception de la qualité de soins prodiguée, la grande majorité des médecins étaient favorable à cette collaboration (89). Ils estimaient que la qualité des soins prodigués par ces infirmiers était similaire à la leur. La grande majorité des médecins se disaient plus satisfaits dans leur travail.

L'étude suisse préalablement citée incluait des médecins généralistes ayant déjà une expérience de collaboration avec des IPA (83). Les médecins étaient unanimes sur le rôle bénéfique de l'IPA qui disposait de plus de temps et d'une approche différente de la prise en charge d'un patient qui permet de prodiguer une meilleure qualité de soins. Pour eux, les plus gros avantages à avoir un IPA était la réduction de leur charge de travail et l'apport de compétences supplémentaires. Ils avaient également noté une amélioration de leurs pratiques et appréciaient la plus-value apportée par les IPA aux visites à domicile.

D'autres études viennent contraster la modification de la charge de travail chez les médecins collaborant avec un IPA.

D'après Wilson A. les IPA en Angleterre permettraient de réduire la charge de travail des médecins (85). Mais selon Laurant M. la diminution de la charge de travail des médecins dépend du contexte de soins (90). La charge de travail peut être inchangée car les infirmiers peuvent développer « leurs activités pour des besoins jusqu'alors non satisfaits ou parce que la présence des infirmières génère une demande de soins nouvelle ». Si la charge de travail est effectivement modifiée, le médecin peut allouer le temps gagné à des activités strictement médicales, la charge ne diminue pas mais le temps médical augmente. Une revue de littérature évaluant la perception des Médecins et des IPA dans les soins primaires montrait que tous les médecins travaillant avec un IPA n'avaient pas constaté une diminution de leur charge de travail car la supervision des IPA augmentait la charge de travail des médecins (91).

Nous pouvons donc observer que la perception négative des médecins généralistes de notre étude est en partie due à un manque d'expérience de ces médecins ou à un refus de la modification de leur rôle dans les soins primaires. Et cette situation n'est pas uniquement retrouvée en France, dans la plupart des pays, les médecins se sont initialement opposés à l'apparition des IPA dans le paysage sanitaire, craignant que cela ne porte atteinte à l'intégrité de leur propre rôle. Cette résistance pourrait rendre difficile la transformation des rôles infirmiers en France et compliquer les relations entre IPA et médecins. Néanmoins, comme nous l'avons vu dans d'autres pays, ces tensions pourraient se tarir et avec de l'expérience, les médecins pourraient avoir une vision progressivement bien plus bienveillante des IPA.



### **3) La confiance est un élément indispensable à l'intégration des IPA**

L'introduction d'une relation de confiance entre l'IPA et le médecin généraliste est un prérequis obligatoire à l'intégration des IPA dans les soins primaires et au bon fonctionnement de cette collaboration. Selon Le Cann A. « Un manque de confiance professionnelle anéantirait toute collaboration et serait un obstacle majeur à l'introduction de la pratique avancée des infirmiers » (87).

Pour les médecins interrogés dans notre travail, cette confiance dépendra surtout de la personnalité de l'IPA avec qui ils vont collaborer ainsi que sa capacité à communiquer avec les patients et les médecins sans conflit.

Il était important pour ces médecins que les IPA ne soient pas trop confiants, qu'ils connaissent leurs limites, qu'ils n'outrepassent pas leur rôle et qu'ils se réfèrent aux médecins en cas de besoin.

Certains médecins estimaient qu'il était difficile de faire confiance à un inconnu et qu'il serait plus aisé de confier leurs patients à un professionnel connu qui maîtriserait le fonctionnement du cabinet.

La confiance des médecins envers les IPA est un thème retrouvé dans diverses études.

Selon Wilson A. les médecins anglais étaient aussi préoccupés par de possibles traits de personnalité des IPA. Ils craignaient que certains IPA ne soient trop sûrs d'eux (85). En revanche il existait un consensus sur le fait que la confiance pouvait être développée par l'expérience personnelle, ce qui permettrait aux médecins de se sentir plus à l'aise pour déléguer certaines de leurs responsabilités. Les médecins anglais qui collaboraient avec des infirmiers en pratique avancée avaient ressenti, initialement, des craintes similaires mais ces dernières avaient pu être apaisées avec le temps et l'expérience.

Une étude américaine explorant ce phénomène a conclu que l'expérience personnelle d'une collaboration avec un IPA en soins primaires était associée à une amélioration significative de l'attitude des médecins vis-à-vis des infirmiers par rapport à ceux qui n'avaient pas cette expérience (92).

Dans une revue de littérature explorant la perception des IPA et des médecins généralistes dans les soins primaires, Schadewaldt V. précise que les médecins doivent pouvoir faire confiance aux compétences des IPA pour construire une collaboration saine (91). Cela nécessite que ces IPA soient aptes à reconnaître leurs limites et de demander assistance aux médecins. Encore une fois, cette étude précise que le principal facteur déterminant pour la réussite d'une collaboration est l'expérience antérieure et l'existence d'une bonne entente entre les professionnels. Il existe d'autres facteurs favorisant la collaboration entre ces acteurs : travailler sur le même site ou à proximité physique, prendre du temps pour des réunions régulières et avoir une attitude positive envers la collaboration.

Dans une étude qualitative américaine explorant l'opinion des médecins à l'égard de l'indépendance des IPA dans les soins primaires aux États-Unis, les médecins interrogés considéraient que le fait de connaître ses limites était une compétence cruciale indispensable aux IPA pour pouvoir prodiguer des soins de qualité, pour le bien des patients ainsi que pour leur propre crédibilité (88). Cette capacité était considérée comme essentielle pour maintenir la confiance des médecins. Les médecins de l'étude américaine ont convenu que les IPA avec qui ils travaillaient connaissaient leurs limites et n'hésitaient pas à solliciter les médecins. L'absence de cette qualité indispensable était généralement plutôt attribuable aux traits de caractère des infirmiers qu'à leur niveau de formation ou d'expérience.

Finalement, Le Cann A. précise dans sa thèse (87) que « cette confiance ne peut se mettre en place dès le premier contact » et que « cet état de confiance s'établit dans un premier temps par la mise en place d'un lien professionnel et humain fort qui aboutirait sur

la mise en place d'une collaboration, dans un premier temps, supervisée « de près » par le médecin généraliste qui déléguerait les tâches à l'IPA de manière progressive ».

Pour conclure, un des moyens d'apaiser les craintes des médecins généralistes est d'instaurer une relation de confiance entre le médecin et l'infirmier en pratique avancée. Cette confiance se renforcera au fil du temps grâce à l'expérience d'une collaboration entre ces deux acteurs des soins primaires. Les IPA devront prouver aux médecins généralistes qu'ils ont leur place dans le paysage des soins primaires en réalisant des prises en charge sécurisantes pour le patient, sans dépasser leurs limites. La confiance étant dépendante de l'expérience, plus les médecins généralistes expérimenteront la pratique avancée, plus l'intégration des infirmiers en pratique avancée sera aisée.

#### **4) Quelles conséquences pour le patient ?**

Dans notre étude, nous pouvons observer une nouvelle divergence d'opinion concernant la perception des médecins généralistes sur la relation entre patient et infirmier en pratique avancée.

Une partie des médecins de l'étude pensait que le recours à un IPA pouvait être problématique pour les patients. Il entraînerait une diminution de la qualité du suivi, une complexification du suivi avec la multiplication des intervenants et une altération de la relation médecin traitant-patient.

À l'opposé, plusieurs médecins de l'étude ont énuméré un certain nombre d'avantages pour les patients. Les IPA pourraient, au contraire, améliorer la qualité du suivi des patients grâce à une meilleure disponibilité, un temps en consultation augmenté et l'apport d'un regard nouveau permettant une prise en charge globale en collaboration avec le médecin généraliste. Les actes de prévention seraient améliorés ainsi que la satisfaction des patients.

Les médecins ont également émis des suppositions sur le ressenti des patients. Certains pensaient que ces derniers seraient contents d'être suivis par plusieurs professionnels, cependant d'autres médecins craignaient que les patients ne se sentent perdus ou abandonnés par leur médecin traitant. Néanmoins, les médecins généralistes travaillant déjà avec un IPA ont rapporté que leurs patients semblaient tous satisfaits de leur prise en charge.

Nous retrouvons dans la littérature beaucoup d'études évaluant l'impact des IPA sur le suivi et la satisfaction des patients.

Nombre d'entre elles ont analysé l'efficacité des IPA dans le suivi des patients et la qualité des soins prodigués par les IPA s'est avérée meilleure ou équivalente à celle des médecins (21,90,93-96). Par exemple, une étude néerlandaise a évalué l'évolution de l'HbA<sub>1c</sub>, du cholestérol et des chiffres tensionnels de patients diabétiques avant et après la mise en place d'un suivi par des IPA dans des cabinets de médecine générale et les auteurs ont pu observer une diminution significative de l'HbA<sub>1c</sub>, des taux de cholestérol et des chiffres tensionnels de ces patients (97). Une autre étude réalisée aux États-Unis comparant des résultats de patients suivis par des infirmiers en pratique avancée et des médecins généralistes montrait qu'il n'y avait pas de différence significative de l'état de santé des patients de l'étude (95). Il n'y avait pas de différence significative des résultats des tests physiologiques chez les diabétiques et les asthmatiques. Néanmoins, une amélioration significative des chiffres tensionnels chez les patients suivis par un IPA avait été observée.

Selon la littérature, le recours aux IPA est avantageux pour les patients qui bénéficient d'un meilleur accès aux soins (12,22), de consultations plus longues (93,98), et

d'une meilleure information (98) notamment parce que les IPA ont plus de temps à leur accorder que les médecins (83). Ce suivi infirmier aurait également un effet bénéfique sur la qualité de vie des patients (12,99).

Cette amélioration du suivi peut être expliquée par une approche différente des IPA qui se concentrent plus sur le patient et ses habitudes de vie plutôt que sur la pathologie uniquement. D'autre part, ils réalisent des tâches souvent négligées par le médecin par manque de temps (83).

Hormis l'effet bénéfique des IPA sur la qualité du suivi, la prise en charge semble sûre (94) : il n'y aurait pas de différence en ce qui concerne la mortalité, la morbidité et l'incidence des complications entre un suivi médical ou IPA (21).

D'après une étude anglaise comparant la prise en charge de patients par un médecin et un IPA, le recours aux IPA n'entraînerait pas d'augmentation du nombre de traitements, d'examens complémentaires prescrits ou d'adressages pour avis comparé aux médecins (98).

En dernier lieu, beaucoup d'études ont évalué la satisfaction des patients qui s'est avérée supérieure chez ceux suivis par un IPA (21,93,94,98,100). Ils apprécient la disponibilité de ces professionnels de santé qui améliorent leur accès aux soins et leur propose des consultations plus longues (82,101). Ils se sentent également plus à l'aise pour aborder certaines problématiques (82,83). Finalement ils apprécient être suivi à la fois par un infirmier et un médecin cependant les patients avec des pathologies complexes préfèrent bénéficier d'un suivi médical.

Les infirmiers en pratique avancée ont donc toute leur place dans la prise en charge en soins primaires avec un effet bénéfique sur l'accès aux soins et la satisfaction des patients sans dégradation de la qualité des soins prodigués.

Finalement, certains médecins de l'étude se sont demandé comment ils pouvaient orienter les patients vers les IPA. Tout d'abord, il faudra les présélectionner car tous les patients ne sont pas ouverts au suivi infirmier. Il est nécessaire d'habituer les patients à l'évolution des soins primaires où le médecin généraliste n'est plus l'unique acteur de leur santé. Pour quelques médecins, il pourrait être intéressant de créer un parcours de soins « obligatoire » vers les IPA pour que les patients se rendent compte de la plus-value apportée par ce nouveau suivi.

## **5) Réformer un système de soins**

Le médecin généraliste est historiquement le premier point de contact des patients présentant des maladies chroniques dans les soins primaires, il est censé être le mieux placé pour assurer la prise en charge des patients atteints de pathologies très diverses (102). Comme cité précédemment, il existe plusieurs obstacles démographiques, populationnels, organisationnels se traduisant par une insuffisance d'offre en soins primaires. Ces problématiques sont accentuées par des difficultés tenant au manque de formation, de moyens, de temps médical et d'une rémunération inadaptée à prise en charge des pathologies chroniques. Tout cela entraîne un défaut de prévention, et parfois un diagnostic plus tardif de ces maladies qui ne peuvent plus être efficacement prévenues, diagnostiquées ou correctement traitées par un médecin généraliste seul, alors que l'approche de pathologies complexes exige suffisamment de disponibilité et un recours à des compétences multiples.

Il est donc nécessaire de revoir la prise en charge de ces patients en soins primaires, en envisageant une nouvelle organisation des soins primaires fondée sur

l'interprofessionnalité en améliorant la prévention et l'éducation thérapeutique et en offrant au médecin généraliste plus de temps et le rôle indispensable de coordonnateur dans une équipe coordonnée pluri professionnelle.

Les infirmiers en pratique avancée s'avèrent propices à cette nouvelle organisation des soins primaires. En effet l'implantation des infirmiers en pratique avancée a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, de permettre aux médecins de libérer du temps médical indispensable à la prise en charge d'autres patients et d'améliorer la qualité de la prise en charge globale du patient grâce à un suivi multidisciplinaire.

Grâce à ce travail, nous avons identifié plusieurs barrières à l'intégration des infirmiers en pratique avancée et le principal obstacle rencontré est l'opposition de la profession médicale. D'une part, cette opposition est symptomatique d'une méconnaissance des médecins généralistes à propos du rôle des infirmiers en pratique avancée. Ce rôle étant mal défini, il est considéré comme ambigu et entraîne une confusion des rôles entre les IPA, les IDE et les infirmiers ASALEE. D'autre part, ces médecins n'ont pas confiance dans la formation délivrée aux IPA et doutent de la capacité de ces professionnels à prendre en charge des pathologies chroniques. Tout cela crée des inquiétudes sur le futur de la médecine générale avec l'angoisse d'une modification de l'exercice médical et des craintes d'une altération de la qualité du suivi des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées. Ces préoccupations ont un effet délétère car elles potentialisent le rejet des infirmiers en pratique avancée. Finalement les patients pourraient représenter une autre barrière. D'après une partie des médecins généralistes, à cause de la confusion des rôles, de la perte potentielle de la relation privilégiée médecin-patient et d'une représentation des soins primaires centrée sur la prise en charge du médecin généraliste, le patient pourrait ne pas adhérer à ce suivi. Mais pour confirmer cette hypothèse, il serait intéressant de mener une étude sur la perception des patients à propos des infirmiers en pratique avancée dans les soins primaires.

Néanmoins nous avons identifié plusieurs facteurs pouvant faciliter l'intégration des infirmiers en pratique avancée dans les soins primaires. Nous avons observé qu'avoir une expérience de collaboration avec des infirmiers de pratique avancée permettait une meilleure acceptation de ces professionnels. En effet la plupart des avantages d'une collaboration entre le médecin et l'IPA étaient rapportés par des médecins qui avaient une expérience avec un IPA. Il est également important d'établir une relation de confiance entre le médecin généraliste et l'infirmier en pratique avancée, ce qui permettra aux médecins de surmonter certaines de leurs craintes. La capacité à reconnaître ses limites, travailler en équipe, collaborer et entretenir de bonnes relations professionnelles sont des qualités indispensables aux infirmiers en pratique avancée pour leur acceptation par les autres professionnels de santé.

Comment pouvons-nous améliorer l'intégration des IPA dans les soins primaires et favoriser leur acceptation par les autres professionnels de la santé ?

Pour commencer, il est important de clarifier le rôle des IPA de sorte qu'il n'y ait plus de confusion entre les différents rôles au sein des soins primaires. Compte tenu de la méconnaissance des médecins et la mauvaise image perçue de l'IPA, il va falloir mieux communiquer sur le rôle de l'IPA. Il est donc nécessaire d'améliorer l'information de l'ensemble des professionnels de santé sur ce nouveau métier. Les médecins pourraient être mieux informés via la formation des étudiants à la faculté ou la formation continue des médecins généralistes déjà installés.

En outre, il est primordial de cadrer l'exercice de la pratique avancée pour sa bonne mise en place. Pour éviter les dérives, un infirmier en pratique avancée ne doit pas travailler seul. Il doit être intégré dans un parcours coordonné où le médecin traitant garderait une

place centrale dans la coordination des soins des patients. L'IPA peut être intégré dans une CPTS ou au sein d'une équipe de soins primaires où il pourra collaborer aisément avec les médecins grâce à des échanges réguliers, l'utilisation d'un logiciel commun ou l'organisation de réunions. Nous pouvons citer en exemple, sur le territoire meusien, de la création en 2018 de la CPTS du Barrois qui inclut désormais des médecins généralistes, des médecins d'autres spécialités (pneumologue, diabétologue, cardiologue, gynécologue, psychiatre etc...), des kinésithérapeutes, des chirurgiens-dentistes, des orthophonistes, des pharmaciens, des diététiciennes, des infirmiers diplômés d'état ainsi que deux infirmiers en pratique avancée (103). Un des deux IPA est inclus dans une équipe de soins primaires regroupant une dizaine de médecins généralistes et pratique un exercice partagé sur 3 différents sites : Revigny-sur-Ornain, L'Isle-en-Rigault et Dammarie-sur-Saulx.

De plus, nous assistons ces dernières semaines à une polémique dans le domaine médical. Pour faire face à la pénurie de médecins, une nouvelle loi a été proposée par le député Rist S. qui souhaite introduire un accès direct aux infirmiers en pratique avancée, aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes sans orientation préalable du médecin traitant (37). Ce projet de loi vise à améliorer l'accès aux soins et lutter contre les déserts médicaux. Elle vise également à élargir les compétences de plusieurs professions libérales dont les IPA qui pourront désormais « primo-prescrire des produits ou prestations soumis ou non à ordonnance ». Cette loi a été adoptée en première lecture avec modification par l'Assemblée nationale le 19 janvier 2023 puis par le Sénat le 14 février 2023. On observe une opposition de la part du corps médical, dont certains médecins dénoncent une « pratique illégale de la médecine » (104). Cette proposition de loi survient dans une période de tensions où les médecins généralistes souhaitent une revalorisation du tarif des consultations.

Il est important de préciser que l'étude a été menée avant le début des débats politiques en faveur de l'accès direct à certains professionnels de santé par la propre initiative des patients. Ce point a été rarement abordé lors de l'étude, et les médecins l'ayant mentionné étaient contre sa mise en place. Le recours à l'accès direct ne semble pas, à notre sens, une bonne solution. Cet accès direct risque d'aggraver la méfiance et l'opposition des médecins généralistes à l'encontre des IPA et par conséquent il limitera l'intégration de ces infirmiers dans les soins primaires. Il est également nécessaire de revaloriser le travail des médecins généralistes pour apaiser certaines tensions car certains médecins allaient jusqu'à considérer que le travail des IPA était mieux valorisé que le leur.

Il est capital de ne pas mettre les médecins en opposition avec les infirmiers en pratique avancée. Ces nouveaux professionnels de la santé ne doivent pas être considérés comme une alternative aux médecins mais comme un métier complémentaire. Le métier d'IPA n'est pas une réponse aux problématiques de la démographie médicale, ces infirmiers ne remplaceront pas les médecins généralistes car ils n'ont pas les mêmes compétences. La formation des IPA, bien que complète et rigoureuse, est évidemment différente de celle des médecins généralistes. Pour le moment, à l'instar d'autres pays, dans les soins primaires français, les IPA ont un champ d'action limité : ils ne sont pas indépendants, ils ne font pas de diagnostic, ils ne prennent pas en charge des pathologies aiguës, les prescriptions sont limitées et des protocoles sont établis entre les médecins et les IPA pour sécuriser leur collaboration. De plus, le nombre d'IPA formés est limité et ne pourra pas combler le déficit médical : si l'on s'intéresse à leur nombre en France, seulement 260 infirmiers ont été formés en 2020 et 612 en 2021 (toutes spécialités confondues) (105). En mars 2022, 1425 infirmiers étudiant la pratique avancée étaient en formation, et à l'Université de Lorraine, seuls 9 étudiants étaient inscrits en M2 Pathologies Chroniques Stabilisées.

La pratique avancée n'est donc pas une réponse à une carence mais un outil intéressant pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques en soins primaires, car finalement, la place centrale revient à l'intérêt du patient. La collaboration médecin généraliste-IPA doit se construire et tendre vers le même objectif :

le patient. Cette construction se fera sans exclure le médecin généraliste de la prise en charge qui doit garder une relation privilégiée avec le patient et l'orientera vers un IPA dans l'optique de réaliser une prise en charge encore plus globale.

Finalement, la pratique avancée ne pourra donc pas se développer sans le médecin généraliste. Mais pour favoriser cette évolution les médecins généralistes devront faire des concessions car l'organisation du système de soins primaires centrée sur le médecin a montré ses limites. Il est nécessaire de passer à un système de soins où la prise en charge des patients repose sur un travail d'équipe englobant les différents professionnels des soins primaires, y compris les infirmiers en pratique avancée. Le médecin généraliste devra donc s'habituer à une modification de ses pratiques tout en gardant en tête que l'objectif reste l'amélioration de la prise en charge des patients.

## **6) Inspiration des IPA hospitalières**

Paradoxalement, dans notre étude, les médecins généralistes avaient une vision positive des infirmiers en pratique avancée exerçant en milieu hospitalier. D'après eux, l'IPA hospitalier avait des avantages certains : une meilleure disponibilité, l'amélioration de la qualité de prise en charge, la délivrance d'une meilleure information aux patients, la diminution des délais de prise en charge et finalement la diminution de la charge de travail des médecins.

Mais pourquoi existe-t-il une différence entre le milieu hospitalier et les soins primaires ? Comment les médecins spécialistes perçoivent-ils les infirmiers en pratique avancée ?

Boncourt C. et al. ont interrogé dans leur étude des néphrologues sur leur perception des infirmiers en pratique avancée dans la prise en charge des transplantés rénaux (106). La grande majorité des médecins interrogés estimaient que la prise en charge infirmière aurait un impact positif (83%), ils étaient tous favorables à son implantation pour le suivi du patient transplanté et tous étaient prêts à collaborer avec ces nouveaux professionnels (100%). Les principales raisons de cet engouement étaient « l'optimisation de la prise en charge par la libération du temps médical pour des prises en charge complexes, l'amélioration de l'observance des patients, une meilleure coordination et une approche différente du médecin ».

Une autre étude française a exploré la perception « des parties prenantes hospitalières » vis-à-vis de l'implantation des IPA (107). Ces « parties prenantes » regroupaient des encadrants paramédicaux, des médecins, des infirmiers et des patients. D'après eux, les IPA représentent un moyen de valoriser la profession d'infirmier, une opportunité pour les patients en améliorant la qualité de leur suivi et une opportunité pour les équipes de soins. Plus particulièrement, pour les médecins interrogés, l'IPA permet d'améliorer la prise en charge globale et représente un métier complémentaire. L'IPA est également perçue comme « un acteur pouvant favoriser le lien interprofessionnel ». Pour toutes les parties prenantes hospitalières, les IPA pouvaient apporter un bénéfice réel au système de santé : améliorer l'accès aux soins, diminuer la durée moyenne de séjour, le nombre de ré-hospitalisations. Cependant des risques ont été cités : l'apparition de tensions entre les professions (liées à une mauvaise compréhension du rôle de l'IPA, aux compétences de leadership ou liées au profil de l'IPA) ainsi que l'apparition d'inquiétudes liées à l'aspect innovant du métier et de l'autonomie laissée aux IPA. Malgré tout cette étude conclut à une perception positive des participants y compris des médecins vis-à-vis de l'implantation des IPA.

L'intégration des infirmiers en pratique avancée semble plus aisée à l'hôpital qu'en ville. Cette hypothèse est confirmée dans l'étude d'Aghnatiotis M. où les participants

(médecins généralistes, IDE, patients et étudiants IPA) ont facilement projeté l'intégration de l'IPA dans les établissements de soins alors qu'ils ont rapporté une intégration plus difficile de l'IPA en ambulatoire (108). D'après eux, les rôles seraient mieux encadrés dans les établissements de santé, il y aurait moins de concurrence et moins de confusion entre les acteurs.

Cette meilleure intégration des IPA dans le milieu hospitalier pourrait également s'expliquer par l'habitude des équipes soignantes à travailler en équipe, collaborer et accueillir de nouveaux membres.

La bonne intégration des IPA dans les services hospitaliers pourrait finalement inspirer les médecins généralistes et faciliter l'intégration des infirmiers en pratique avancée dans les soins primaires français.

# CONCLUSION

---

Le système de santé français est en pleine mutation. Pour faire face aux problèmes d'accès aux soins, au manque de médecins généralistes, à l'augmentation du nombre des pathologies chroniques, les soins primaires doivent se réorganiser.

Des pistes de réorganisation ont été proposées. Par exemple, l'Ordre des Médecins propose une nouvelle organisation des soins (109), avec la création d'équipes de soins primaires et de proximité coordonnées par le médecin traitant qui auront pour objectif une amélioration de l'accès nécessaire aux patients éprouvant des difficultés à accéder aux soins. Ces équipes de soins primaire incluront notamment les médecins spécialistes du second recours et des nouvelles professions paramédicales telles que les assistants médicaux et les infirmiers en pratique avancées.

La pratique avancée infirmière pourrait apporter de nouvelles perspectives d'organisation des soins primaires. Ce nouveau métier promet une amélioration de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées en collaboration avec les autres professionnels des soins de premiers recours et permettrait de libérer du temps médical indispensable à la prise en charge de la population française.

Avant de pouvoir observer les bénéfices de l'implantation des infirmiers en pratique avancée, il est nécessaire de réussir leur intégration au sein des soins de premiers recours. Cette intégration ne pourra être garantie sans l'acceptation de ce nouveau métier par les autres professionnels de santé.

Notre étude avait pour objectif de collecter le ressenti des médecins généralistes de Lorraine à propos des infirmiers en pratique avancée spécialisés en pathologies chroniques. Nous pouvons constater que la mise en place des IPA dans les soins primaires français induit une divergence d'opinions parmi les médecins généralistes interrogés. Certains voyaient ces infirmiers comme une opportunité pour leur rôle et pour le patient alors que d'autres étaient plutôt méfiants, parfois opposés à la pratique avancée dans les soins primaires. L'implantation des IPA a suscité beaucoup d'inquiétudes, qui reposaient essentiellement sur les répercussions de cette nouvelle organisation sur le rôle du médecin généraliste.

Cette étude a mis en évidence des obstacles à l'intégration des IPA dans les soins primaires français. Le manque d'information et donc des connaissances des médecins généralistes représentait le principal frein à cette nouvelle organisation. L'information et la formation initiale et continue des médecins et des autres professionnels de la santé ainsi que la construction d'un lien de confiance paraissent essentielles à l'acceptation des IPA.

L'organisation actuelle des soins primaires n'est plus viable et doit se réinventer, le rôle du médecin généraliste est amené à se transformer. Le médecin sera appelé à occuper une place centrale au sein de l'équipe de soins primaires et à coordonner le suivi de ses patients entre les différents acteurs des soins primaires dans le but d'optimiser et d'assurer une meilleure qualité de la prise en charge. Ce nouveau parcours de soins ne pourra pas se construire sans une revalorisation professionnelle et financière du rôle du médecin généraliste. Il est impératif de prendre le temps nécessaire à la mise en œuvre de ces nouveaux rôles et de repérer les attentes des professionnels travaillant avec les IPA.

Ce travail ne mentionne que le point de vue des médecins généralistes à l'aube de l'ère de la pratique avancée. Il serait intéressant d'étudier les ressentis des infirmiers en pratique avancée à la suite de leur installation dans les soins primaires. Le ressenti des patients suivis par des IPA représente également une piste d'évaluation : dans notre travail, les médecins généralistes ont anticipé la réaction de leurs patients face à l'arrivée des IPA, mais ces perceptions ne sont pas forcément représentatives de l'opinion des patients. Finalement



réaliser une étude centrée sur les médecins collaborant avec des IPA constituerait un travail de recherche intéressant pour explorer des pistes d'amélioration de collaboration entre le médecin généraliste et l'infirmier en pratique avancée.

Ce travail de thèse m'a permis d'explorer un nouveau métier auparavant méconnu et d'appréhender ses avantages et ses limites. Jusqu'à maintenant, j'ai toujours travaillé dans des cabinets où les médecins exerçaient seuls ou en groupe. Dorénavant je ne peux envisager mon exercice futur sans une médecine collaborative où j'exercerai mon métier au sein d'une équipe dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge de mes futurs patients.

# BIBLIOGRAPHIE

1. CNOM. Atlas de la démographie médicale - Situation au 1er janvier 2022 [En ligne]. 2022 [consulté le 17 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>.
2. Dumas Primbault M. Accès aux soins : plus d'un Français sur trois en difficulté pour consulter un généraliste ou un spécialiste [En ligne]. Le Quotidien du Médecin ; 2019. [consulté le 24 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/acces-aux-soins-plus-dun-francais-sur-trois-en-difficulte-pour-consulter-un-generaliste-ou-un>.
3. Arnaud F, Lefebvre G, Mikou M, Portela M. Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé [En ligne]. DREES ; c2022. [consulté le 24 févr 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>.
4. Algava E, Blanpain N. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée [En ligne]. 2021 [consulté le 17 janv 2023] ; INSEE Première n°1881 : 4p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#documentation>.
5. DREES. L'état de santé de la population en France - Edition 2017 [En ligne]. 2017 [consulté le 24 févr 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/rapport/36989-letat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2017>.
6. Cabarrot P, Coniel M, Haniquaut F, Fourali R, Morgand C, May-Michelangeli L, et al. La crise Covid a-t-elle submergé les barrières de sécurité du système de santé ? : Analyse des déclarations d'événements indésirables en lien avec la Covid-19 déclarés dans la base de l'accréditation des médecins et revue critique de la littérature. Risques Qual En Milieu Soins - ISSN 1767-3445. 2020;17(4):195-205.
7. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51. JORF n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879543?r=6MsPgVxpSh](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543?r=6MsPgVxpSh).
8. ARS. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé [En Ligne]. [Consulté le 2 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>.
9. ARS. Ma santé 2022 : déclouisonnement et réorganisation des soins [En ligne]. [consulté le 2 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>.
10. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF du 27 janvier 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/2016-02-16/>.
11. DGOS. L'infirmier en pratique avancée [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2020 [consulté le 13 oct 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>.
12. Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. La pratique infirmière avancée, une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé [En ligne]. Synthèse de politique du CII ; 2016 [consulté le 14 janv 2021]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/113300653-Synthese-de-politique-du-cii.html>.
13. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [En ligne]. World Health Organization. 1978 [consulté le 14 janv 2021]. Disponible sur : [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/113882/E93945.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf).
14. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. QES. 2009;141:1-6.

15. Code de la santé publique - Article L1411-11-1 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886353/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/).
16. Code de la santé publique - Article R4301-2 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044248292](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044248292).
17. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique. JORF n°0164 du 19 juillet 2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218197/>.
18. Tourigny J, Nazon E, Veilleux M, Berthiaume C, Harrisson S, Rouleau V. Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : de la théorie à la réalité. *Revue l'infirmière clinicienne*. 2010;7(2):30-4.
19. Marie. Jarrot Barrere M. Les infirmières de pratique avancée : quelles perspectives pour le système de santé français ? [thèse d'exercice]. Limoges, France : Université de Limoges, 2018.
20. Ambrosino F. Le guide de l'infirmier en pratique avancée - 2ème édition. Paris : Vuibert, 2019. 208 p.
21. Dicenso A, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Bourgeault I, Donald F, Kaasalainen S, et al. Advanced Practice Nursing in Canada: Overview of a Decision Support Synthesis. *Nurs Leadersh Tor Ont*. 1 déc 2010;23 Spec No:15-34.
22. Delamaire M, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. *OECD Health Working Papers*. 2010;54:1-119 <https://doi.org/10.1787/18152015>.
23. Schober M. Global emergence of nurse practitioner/advanced practice nursing roles. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2018;30(4):182-4.
24. Berland Y, Gausseron T. Mission démographie des professions de santé [En ligne]. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 2002. [consulté le 8 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/25827-mission-demographie-des-professions-de-sante>.
25. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) [En ligne]. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 2023. [consulté le 22 févr 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/rapport/26262-cooperation-des-professions-de-sante-le-transfert-de-taches-et-de-comp>.
26. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé [En ligne]. Observatoire national de la démographie des professions de santé ; 2006 [consulté le 24 mars 2020]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cinq\\_experim\\_juin2006.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf).
27. Hénart L, Berland Y, Cadet D, Verrier B, Féry-Lemonnier É. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. *Hegel*. 2011;1(1):2-11.
28. Code de la santé publique - Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires - Articles L4301-1 à L4394-4 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006140627/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006140627/).
29. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>.
30. Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie. JORF n°0157 du 13 août 2019. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914038/>.

31. Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences. JORF n°0250 du 26 octobre 2021. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044245734>.
32. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218444>.
33. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218463>.
34. Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers. JORF n°0187 du 13 août 2019. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038914138>.
35. UNIPA. État des lieux des infirmiers en pratique avancée diplômés en 2020-2021 [En Ligne]. UNIPA ; 2021 [Consulté le 17 févr 2023]. Disponible sur : <https://unipa.fr/etats-lieux-infirmiers-ipa-diplomes-2020-2021/>.
36. Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. JORF n°0298 du 24 décembre 2022. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046791754>.
37. Rist S. Proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé [En ligne]. Assemblée Nationale ; 2023 [consulté le 21 févr 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-proposition-de-loi-rist>.
38. De Miranda Neto MV, Rewa T, Marli Leonello V, De Campos Oliveira MA. « Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care? » Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 1):716-21.
39. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. « Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? ». Santé Publique. 2015;1(HS1):105-10.
40. Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. JORF n°0259 du 6 novembre 2021. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044293333>.
41. Code de la santé publique - Article R4301-3 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038554446/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038554446/).
42. ANSM. Médicaments en accès direct [En ligne]. Ansm ; 2020 [consulté le 12 mai 2022]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/documents/referance/medicaments-en-acces-direct>.
43. Code de la santé publique - Article R5121-202 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038346125/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038346125/).
44. Code de la santé publique - Article R4301-4 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038925580](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038925580).
45. Code de la santé publique - Article R4301-5 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044248273](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044248273).
46. Code de la santé publique - Article R4301-6 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038554437](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038554437).

47. L'Assurance Maladie. Les avenants à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux [En ligne]. 2022 [consulté le 30 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/infirmier/textes-referance/convention/avenants>.
48. Arrêté du 30 décembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie. JORF n°0002 du 3 janvier 2020. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/12/30/SSAS1937385A/jo/texte>.
49. L'Assurance Maladie. Signature de l'avenant 9 : de nouvelles mesures pour valoriser l'activité des IPA [En ligne]. 2022 [consulté le 9 août 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/infirmier/actualites/signature-de-l-avenant-9-de-nouvelles-mesures-pour-valoriser-l-activite-des-ipa>.
50. Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007. JORF n°0267 du 18 novembre 2022. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046572815>.
51. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. DREES - Études et Résultats. 2004;315:12p.
52. WHO. 10 faits sur les maladies non transmissibles [En ligne]. World Health Organization ; 2013 [consulté le 19 janv 2021]. Disponible sur : [https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/fr/](https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/fr/).
53. Portal S, Bohic N, Baudier F, Guérin G, Leo M, Garros B et al. Maladies Chroniques. ADSP. sept 2010;72:11-53.
54. WHO. Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2022 [En ligne]. Genève, WHO, 2022 [consulté le 17 janv 2022]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1424793/retrieve>.
55. WHO. Global health estimates: Leading causes of death [En ligne]. Genève, WHO, 2020 [consulté le 17 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
56. L'Assurance Maladie. Prévalence - Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée. [En ligne]. 2019 [consulté le 18 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2018.php>.
57. OCDE. Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE [En ligne]. OECD; 2021 [Consulté le 24 févr 2023]. Disponible sur : [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021\\_fea50730-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr).
58. WHO. « Meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles - Combattre les maladies non transmissibles. [En ligne] World Health Organization ; 2017 [consulté le 19 janv 2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259350>.
59. WHO. Maladies non transmissibles [En ligne]. WHO ; 2022 [consulté le 17 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
60. L'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Proposition de l'Assurance Maladie pour 2023 [En ligne]. CNAM ; 2022 [Consulté le 16 janv 2023]. Disponible sur : [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07\\_rapport-propositions-pour-2023\\_assurance-maladie\\_5.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf).
61. Ministère des Solidarités et de la Santé. Intervention de Marisol TOURAINE à l'Assemblée nationale lors de la discussion générale du projet de loi de modernisation du système de santé [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2021 [consulté le 11 mars 2021]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/15\\_09\\_14\\_intervention\\_mt\\_-\\_plmss\\_senat.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/15_09_14_intervention_mt_-_plmss_senat.pdf).

62. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie - Une approche globale au plus près des patients [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2021 [consulté le 10 mars 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>.
63. Observatoire des territoires. Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 personnes) 2020 [En ligne]. ACNT ; 2020 [consulté le 13 mai 2022]. Disponible sur : [https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=-829803,6640175,2204640,1619736&c=indicator&i=offre\\_sante.dens\\_nb\\_medg&s=2020&vie\\_w=map9](https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=-829803,6640175,2204640,1619736&c=indicator&i=offre_sante.dens_nb_medg&s=2020&vie_w=map9).
64. ARS. Médecins généralistes : publication de la nouvelle cartographie 2022 des zones prioritaires ouvrant droit à des aides en Grand Est [En ligne]. ARS Grand Est ; 2022 [consulté le 16 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-generalistes-publication-de-la-nouvelle-cartographie-2022-des-zones-prioritaires-ouvrant>.
65. Cusset PY. Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France [En ligne]. France stratégie - République Française ; 2017 [consulté le 28 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.strategie.gouv.fr/publications/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france>.
66. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
67. DUMG. Les principaux types d'étude [En ligne] Université de Rouen ; 2021 [consulté le 24 oct 2022]. Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/p/xxx>.
68. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Économique. 2014;LIII:67-82.
69. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des Focus Groupes, guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. [En ligne]. Département de Santé Publique CHU de Nice [consulté le 24 oct 2022]. Disponible sur : [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf).
70. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. Pédagogie Médicale. 2002;3(2):81-90.
71. LEPCAM. Analyse des résultats - L'analyse en recherche qualitative [En ligne]. [consulté le 27 févr 2023]. Disponible sur : <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>.
72. Leroy G. La téléconsultation dans le suivi des patients hypertendus ou diabétiques : une nouvelle pratique pertinente ? [Thèse de doctorat]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2021.
73. Talbot R. L'ACI : accord conventionnel interprofessionnel – Fédération des Médecins de France [En ligne]. FMF ; 2018 [consulté le 27 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.fmfpro.org/l-aci-accord-conventionnel-interprofessionnel/>.
74. Thibeault EN. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés [En ligne]. Adjectif : analyses et recherches sur les TICE ; 2010 [consulté le 27 févr 2023]. Disponible sur : <https://adjectif.net/spip.php?article58>.
75. Moreau A, Dedienne MC, Letrillart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien. 2004;18(645):382-4.
76. Hunsinger V. « Je m'attendais à ce qu'il y ait du monde » : après la mobilisation historique des médecins, Stéphanie Rist assume sa « responsabilité d'agir » [En ligne]. Le Quotidien du Médecin ; 2023 [consulté le 27 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/exercice/je-mattendais-ce-quil-y-ait-du-monde-apres-la-mobilisation-historique-des-medecins-stephanie-rist>.
77. AMRF. Étude sur la santé en milieu rural, le manque de médecins aux sources de la désertification [En ligne]. 2021 [consulté le 28 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.amrf.fr/wp-content/uploads/sites/46/2021/02/DP-Le-manque-de-medecins-aux-sources-de-la-de%CC%81sertification.pdf>.

78. ARS. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [En ligne]. 2019 [consulté le 27 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>.
79. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? ». Les Dossiers de la DREES. 2021;76:1-74.
80. Pegdwendé-Sawadogo P. L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête. [En ligne] ESBC ; 2021 [consulté le 20 févr 2023]. Disponible sur : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>.
81. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
82. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nursing*. 2017;16(1):1-13.
83. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):163.
84. Carr J, Bethea J, Hancock B. The attitudes of GPs towards the nurse-practitioner role. *Br J Community Nurs*. 2001;6(9):444-51.
85. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care-the GP perspective. *Fam Pract*. 2002;19(6):641-6.
86. Pirer S. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée [Thèse de doctorat]. Lille, France : Université de Lille ; 2019.
87. Le Cann A. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins [Thèse de doctorat]. Montpellier, France : Université de Montpellier ; 2021.
88. Kraus E, Dubois JM. Knowing Your Limits: A Qualitative Study of Physician and Nurse Practitioner Perspectives on NP Independence in Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2017;32(3):284-90.
89. Poghosyan L, Ghaffari A, Liu J, Friedberg MW. Physician-Nurse Practitioner Teamwork in Primary Care Practices in New York: A Cross-Sectional Survey. *J Gen Intern Med*. 2020;35(4):1021-8.
90. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001271.
91. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):132.
92. Aquilino ML, Damiano PC, Willard JC, Momany ET, Levy BT. Primary care physician perceptions of the nurse practitioner in the 1990s. *Arch Fam Med*. 1999;8(3):224-7.
93. Laurant M, Biezen M van der, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Vught AJ van. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 16;7(7):CD001271.
94. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(5):396-404.
95. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians: A Randomized Trial. *JAMA*. 2000;283(1):59-68.

96. Kurtzman ET, Barnow BS. A Comparison of Nurse Practitioners, Physician Assistants, and Primary Care Physicians' Patterns of Practice and Quality of Care in Health Centers. *Med Care*. 2017;55(6):615-22.
97. Den Engelsen C, Soedamah-Muthu SS, Oosterheert NJA, Ballieux MJP, Rutten GEHM. Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003-2007. *Prim Care Diabetes*. 2009;3(3):165-71.
98. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*. 2000;320(7241):1043-8.
99. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2148-61.
100. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:214.
101. Bergman K, Perched U, Eriksson I, Lindblad U, Fagerstrom L. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: a new role in Swedish primary care. *Int J Nurs Pract*; 2013;19(3):326-33.
102. Jaffiol C. Improving management of chronic diseases by generalist practitioner. *Integr J Med Sci*. 2017;4(1):16-22.
103. CPTS du Barrois. Qui sommes-nous ? [En ligne]. 2022 [consulté le 20 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.cptsdubarrois.com/qui-sommes-nous>.
104. Galanopoulo L. Une « pratique illégale de la médecine par les IPA » ? Le SML interpelle l'Ordre sur les propositions de Stéphanie Rist [En ligne]. *Le Quotidien du Médecin* ; 2022 [consulté le 21 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/une-pratique-illegale-de-la-medecine-par-les-ipa-le-sml-interpelle-lordre-sur-les-propositions-de>.
105. UNIPA. État des lieux IPA et IEPA 2022 [En ligne]. UNIPA ; 2022 [consulté le 17 févr 2023]. Disponible sur : <https://unipa.fr/etat-lieux-ipa-et-iepa/>.
106. Boncourt C, Londero T, Grimbert P, Matignon M. Évaluation de la présence d'une infirmière en pratique avancée dans la prise en charge des transplantés rénaux. *Néphrologie Thérapeutique*. 2021;17(6):451-7.
107. Schwingrouber J, Loschi A, Gentile S, Colson S. Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée. *Rech Soins Infirm*. 2021;145:104-21.
108. Aghnatiou M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique*. 2021;33:547-58.
109. CNOM. Nouvelle organisation du parcours de soins [En ligne]. *Cnom* ; 2022 [consulté le 22 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/nouvelle-organisation-parcours-soins>.



# ANNEXES

---

## **I. ANNEXE 1 : Liste des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à effectuer sans prescription médicale et, le cas échéant, à en interpréter les résultats pour les pathologies dont il assure le suivi (modifié par l'arrêté du 11 mars 2022)**

- Réalisation d'un débitmètre de pointe.
- Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
- Recueil aseptique des urines.
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
- Ablation du matériel de réparation cutanée.
- Pose de bandages de contention.
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.
- Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.
- Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.
- Utilisation de techniques de médiation à visée thérapeutique.
- Réalisation d'une échographie de vessie.
- Échoguidage des voies veineuses périphériques difficiles.
- Pose de cathéter veineux court.
- Pose de sonde gastrique.
- Pose de sonde vésicale à demeure y compris le premier sondage chez l'homme.
- Toucher rectal.
- Spirométrie et mesure du monoxyde de carbone expiré.
- Méchage pour épistaxis (hors ballonnet).
- Anesthésie locale et topique.
- Gypsothérapie.
- Immobilisations au moyen d'attelles, orthèses et autres dispositifs.
- Réalisation de sutures (sauf visage et mains) comprenant les arcades sourcilières, le crâne et la pose/ ablation de crins ;
- Incision et drainage d'abcès, méchage.
- Tests rapides d'orientation diagnostiques inscrits au tableau 3 de l'arrêté du 1er août 2016 ainsi que ceux recommandés en cas d'épidémie ou de pandémie.

- Dosage de l'hémoglobine par “ HemoCue ”.
- Pose d'une oxygénothérapie (< 15l/ min).
- Défibrillation manuelle.

Uniquement dans le cadre du parcours médico-paramédical du domaine d'intervention Urgences :

- Test à la trinitrine.
- Recueil du signal et des images en échographie à l'aide de la technique FAST. Pose de cathéter intra osseux, veineux profond (type “ Désilet ”), de pression artérielle sanglante.
- Pose d'une oxygénothérapie haut débit, d'une ventilation non-invasive.
- Pose d'une canule oropharyngée, d'un masque oropharyngé, mise en place d'un dispositif de ventilation sans laryngoscopie.
- Ponction d'ascite.
- Décompression d'un pneumothorax suffocant.
- Pose d'attelle de traction.
- Aide à la réduction de fractures.

**II. ANNEXE 2 : Liste des actes de suivi et de prévention que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à demander, pour les pathologies dont il assure le suivi (modifié par l'arrêté du 11 mars 2022)**

- Conseils hygiéno-diététiques adaptés.
- Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.
- Rétinographie avec ou sans mydriase.
- Électrocardiographie (ECG) de repos.
- Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).
- Explorations fonctionnelles de la respiration.
- Électro-encéphalographie.
- Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.
- Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.
- Doppler du greffon.
- Débit de fistule artérioveineuse.
- Vaccinations selon calendrier vaccinal, vaccinations ciblées (grippe saisonnière, antitétanique, Gammaglobuline antitétanique), vaccins maladies tropicales et vectorielles.

**III. ANNEXE 3 : Liste des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à prescrire (modifié par l'arrêté du 11 mars 2022)**

- Dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.
- Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.

- Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.
- Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
- Prothèse capillaire.
- Prothèse mammaire externe.
- Attelles et orthèses de série.
- Chaussures thérapeutiques de type CHUT/ CHUP.
- Matériel de maintien à domicile (lit médicalisé, lève-malade, chaise percée, dispositif de verticalisation).
- Chaussettes et orthèses thérapeutiques anti-escarres.
- Ensemble des dispositifs mentionnés dans l'arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les IDE sont autorisés à prescrire nonobstant les conditions applicables aux IDE en soins généraux.

**IV. ANNEXE 4 : Liste des examens de biologie médicale que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à prescrire pour les pathologies dont il assure le suivi (modifié par l'arrêté du 11 mars 2022)**

**I. Examens sanguins**

**HEMATOLOGIE :**

- Hémogramme (numération des hématies, des leucocytes et des plaquettes, dosage de l'hémoglobine, hématocrite, volume globulaire moyen, paramètres érythrocytaires, formule leucocytaire) ;
- Réticulocytes ;
- Schizocytes.

**IMMUNOLOGIE :**

- Phénotype HLA classe I (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;
- Phénotype HLA classe II (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;
- Groupage sanguin ;
- RAI ;
- Anticorps anti-tréponème ;
- Anticorps antitétaniques ;
- Phadiatop.

**VIROLOGIE :**

- Sérologie et charge virale (VIH, VHC, VHB) ;
- Sérologie HTLV1 et HTLV2 ;
- Sérologie syphilis ;
- Sérologie SARS CoV2.

**HEMOSTASE ET COAGULATION :**

- Temps de Quick en cas de traitement anti-vitamine K (INR) ;
- Mesure de l'activité anti-facteur X activé (anti-Xa) de l'héparine ou d'un dérivé héparinique ;
- Temps de quick ;

- Taux de prothrombine ;
- Bilan (TP, TCA, fibrinogène, bilan CIVD, ATII, facteurs de coagulation) ;
- Dosage concentration plasmatique AOD, ARU, PRU.

#### MICROBIOLOGIE :

- Examen cytot bactériologique des urines (ECBU) ;
- Prélèvement cutané ou muqueux ;
- Hémocultures veineuses périphériques qui font partie du bilan infectieux.

#### HORMONOLOGIE :

- TSH ;
- Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- Béta-HCG

#### ENZYMOLOGIE :

- Lipasémie ;
- Phosphatases alcalines ;
- Transaminases (ALAT et ASAT, TGP et TGO) ;
- Gamma glutamyl transférase (G.G.T.) ;
- Créatine phosphokinase (CPK) ;
- Lactate déshydrogénase (LDH).

#### PROTEINES MARQUEURS TUMORAUX VITAMINES :

- Protéine C réactive (CRP) ;
- Albumine ;
- Folates sériques ou érythrocytaires ;
- HbA1c (hémoglobine glyquée, suivi de l'équilibre glycémique) ;
- Peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP) ;
- Ferritine ;
- Marqueurs tumoraux (suivi d'un cancer selon les recommandations en vigueur) ;
- Dosage de la 25-(OH)-vitamine D (D2 + D3) (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;
- D-dimères ;
- Troponine ;
- Pro calcitonine ;
- Quantiféron ;
- Dosage de la 25 (OH)-vitamine D (D2 et D3) ;
- Haptoglobine ;
- Dosage vitamine B6 et B12 ;
- Pré albumine ;
- Électrophorèse des protéines sériques ;
- Amylasémie ;
- Cétonémie.

#### BIOCHIMIE :

- Glycémie ;
- Acide urique ;
- Phosphore minéral ;
- Calcium ;
- Urée ;
- Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI ;

- Créatinine avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault) pour surveillance des traitements et ajustement des doses ;
- Dosage de la bilirubine ;
- Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) (aspect du sérum, cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL et le calcul du cholestérol-LDL) ;
- Bicarbonates ou CO<sub>2</sub> ;
- Ionogramme (potassium, sodium, chlore, bicarbonates, protides totaux) ;
- Saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>) ;
- Gaz du sang ;
- Ionogramme complet : VS, bilan martial, transferrine, coefficient de saturation de la transferrine ;
- Fer sérique ;
- Decarboxytransferrine (CDT).

#### DOSAGES MEDICAMENTEUX :

- Lithium ;
- Acide Valproïque ;
- Carbamazépine ;
- Clozapine ;
- Pic plasmatique et taux résiduel médicamenteux.

#### TOXICOLOGIE :

- Recherche de toxiques ;

#### PARASITOLOGIE :

- Recherche dans le sang et les selles.

### **II. Examens urinaires**

- Protéinurie ;
- Micro-albuminurie ;
- Ionogramme (potassium + sodium) ;
- Acétone ;
- Acide urique ;
- Calcium ;
- Créatinine ;
- Phosphore minéral ;
- PH ;
- Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine) ;
- Glycosurie ;
- Antigènes solubles urinaires légionnelle ;
- Électrophorèse et immunoélectrophorèse des protéines urinaires ;
- Urée ;
- Créatinine et calcul de la clairance de la créatine ;
- Recherche de produits toxiques.

**V. ANNEXE 5 : Liste des prescriptions médicales que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à renouveler ou à adapter pour les pathologies dont il assure le suivi (modifié par l'arrêté du 11 mars 2022)**

- Produits de santé

Le renouvellement et l'adaptation de la prescription initiale médicale peut, à l'appréciation du médecin prescripteur, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier en ce qui concerne :

- Les médicaments à dispensation particulière conformément à l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale ;
- Les produits sanguins labiles ou les produits dérivés du sang.

En ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin.

En ce qui concerne les thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription peut, à l'appréciation du médecin, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier.

- Actes infirmiers uniquement dans le cadre du domaine d'intervention " Urgences " :
  - Actes de rééducation ;
  - Équipement de protection individuelle ;
  - Bons de transport ;
  - Arrêt de travail de moins de 7 jours.

**VI. ANNEXE 6 : Liste des Affections Longue Durée (30)**

Il s'agit de la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

La liste a été actualisée par le décret n° 2011-77 du 11 janvier 2011. Le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 a retiré l'hypertension artérielle sévère de la liste des affections.

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Affections psychiatriques de longue durée dont dépression récurrente, troubles bipolaires ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant ;
- Bilharziose compliquée ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;

- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave : BPCO, asthme grave ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C) et cirrhoses ;
- Maladie coronaire : infarctus du myocarde ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Maladie de Parkinson ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale) ;
- Paraplégie ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- Spondylarthrite grave ;
- Tuberculose active, lèpre ;
- Tumeur malignes, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique dont :
  - Cancer colorectal ;
  - Cancer de la peau ;
  - Cancer de la prostate ;
  - Cancer de la thyroïde ;
  - Cancer de la vessie ;
  - Cancer des voies aéro-digestives supérieures ;
  - Cancer du col de l'utérus ;
  - Cancer du poumon ;
  - Cancer du sein ;
  - Lymphome ;
- Vasculaites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique.

## **VII. ANNEXE 7 : Le guide d'entretien des focus groups**

Le guide d'entretien était le suivant :

**Thème 1 : Connaissance des médecins généralistes sur les infirmiers en pratique avancée :** Quelles sont vos connaissances à propos des infirmiers en pratique avancée ?

Questions de relance :

- Par quel biais avez-vous eu connaissance des IPA ?
- Si vous avez une expérience personnelle concernant les IPA, détaillez-la.

**Thème 2 : La place de l'IPA dans les soins de premier recours :** Comment percevez-vous la profession d'infirmier en pratique avancée et son rôle dans les soins primaires ?

Questions de relance :

- Quel est l'intérêt des IPA dans le paysage ambulatoire ?
- Pourquoi ont-ils (ou n'ont-ils pas) leur place dans les soins primaires ?

- Comment peuvent-ils s'intégrer dans le cadre des soins ambulatoires, avec les médecins généralistes et les autres professionnels de santé ?
- Que pensez-vous de la formation des IPA ?

**Thème 3 : Le ressenti des médecins généralistes :** Quel est votre ressenti sur la collaboration entre l'infirmier en pratique avancée et le médecin généraliste ?

Questions de relance :

- Comment les médecins généralistes vont-ils accepter ce nouvel acteur ?
- Quels sont, d'après vous les avantages de cette collaboration pour le médecin généraliste (Gain de temps ? Diminution de la part des consultations pour des pathologies complexes ? Travail en équipe ?)
- Et quels sont les désavantages pour le médecin généraliste ?
- Avez-vous des inquiétudes par rapport à ce nouveau métier ?

**Thème 4 : Le patient :** Comment percevez-vous la collaboration médecin généraliste/infirmier en pratique avancée du point de vue du patient ?

Questions de relance :

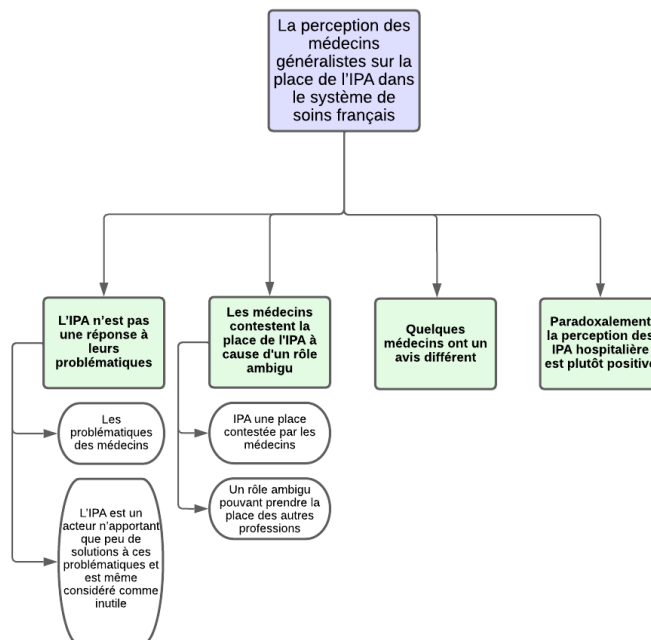
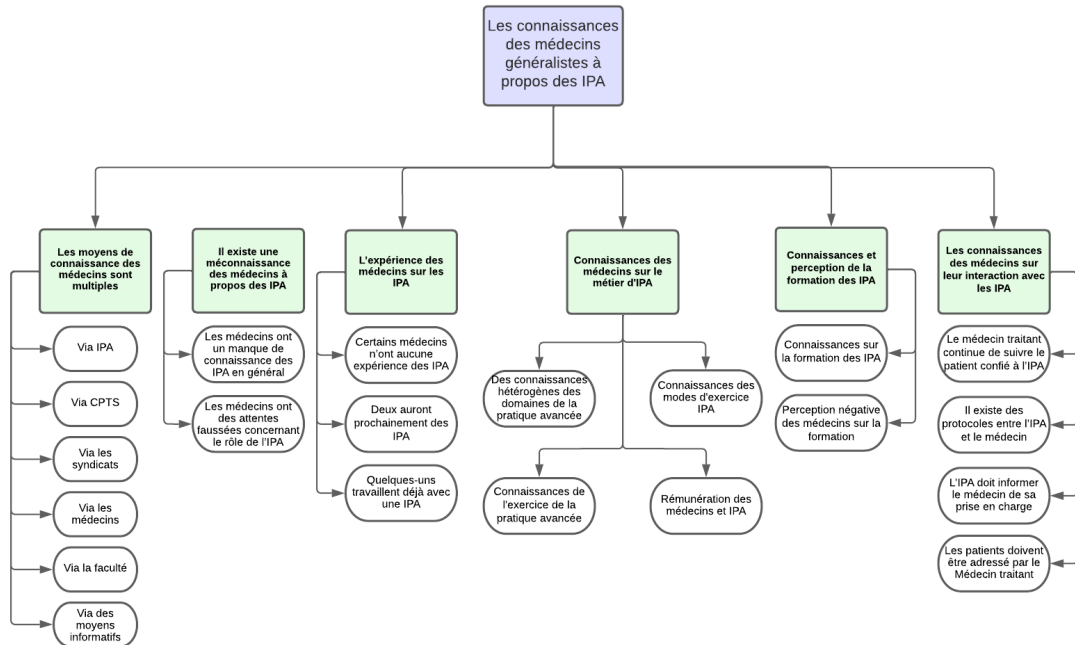
- Comment les patients vont-ils accepter ce nouvel acteur ?
- Quels sont les avantages ou désavantages du suivi pluridisciplinaire MG/IPA pour le patient ? (Amélioration du suivi ? Prévention ? Amélioration accessibilité aux soins ? Amélioration de la qualité de vie ? Amélioration de la satisfaction des patients ?)
- Comment peut-on orienter le patient vers les IPA ?
- Quelles sont vos craintes concernant le patient ?

**Thème 5 : Les Infirmiers en pratique avancée en dehors des soins primaires :** Quel est l'intérêt de l'utilisation des IPA dans le cadre de consultations avancées pour les autres spécialités ? (Santé mentale, néphrologie, oncologie, urgences).



## VIII. ANNEXE 8 : Diagrammes et tableaux de codage

Arbre de codage :



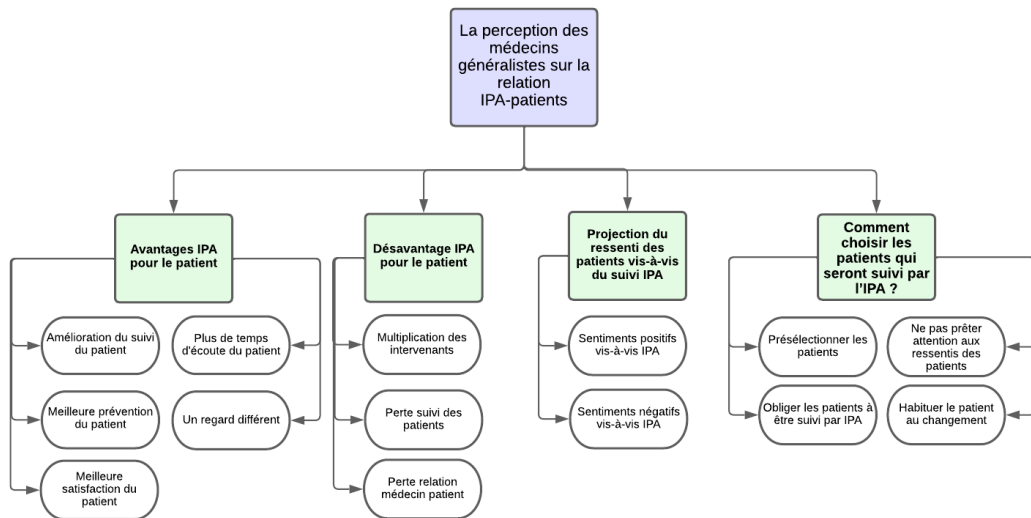
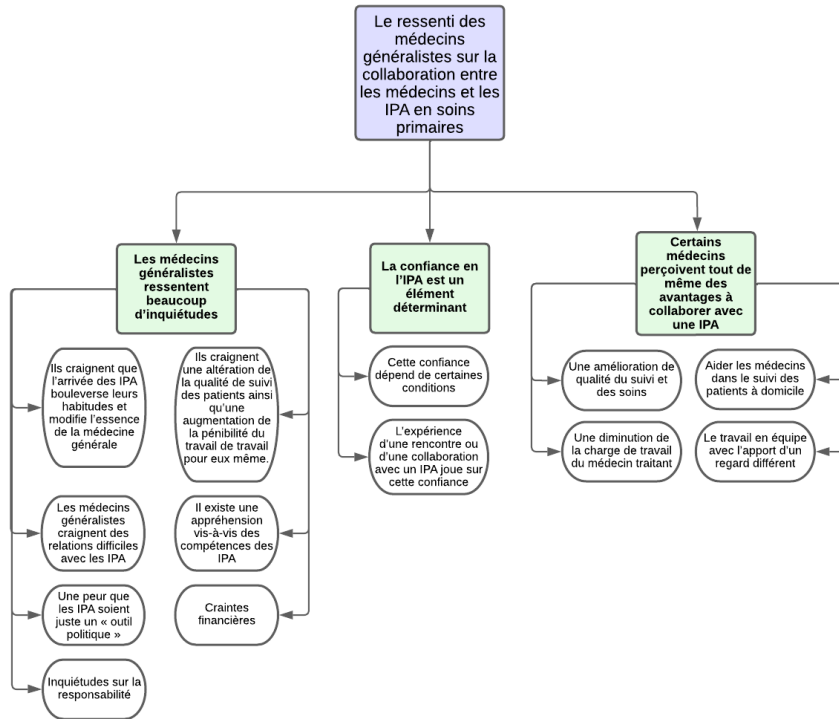


Tableau de codage :

<b>I. Les connaissances des médecins généralistes à propos des IPA</b>	<b>1. Les moyens de connaissance des médecins sont multiples</b>	a.	Via IPA	
		b.	Via CPTS	
		c.	Via les syndicats	
		d.	Via les médecins	
		e.	Via la faculté	
		f.	Via des moyens informatifs	
	<b>2. Il existe une méconnaissance des médecins à propos des IPA</b>	a.	Les médecins ont un manque de connaissance des IPA en général	
		b.	Les médecins ont des attentes faussées concernant le rôle de l'IPA	
	<b>3. L'expérience des médecins sur les IPA</b>	a.	Certains médecins n'ont aucune expérience des IPA	
		b.	Deux auront prochainement des IPA	
		c.	Quelques-uns travaillent déjà avec une IPA et organisent le suivi des patients avec leur IPA	
	<b>4. Connaissances des médecins sur le métier d'infirmier en pratique avancée</b>	a.	Des connaissances hétérogènes des domaines de la pratique avancée	Les domaines de compétence des IPA sont flous
				La liste des pathologies suivies en soins primaires est mal connue
				La prise en charge de patients complexes chroniques stabilisé
		b.	Connaissances de l'exercice de la pratique avancée	Administratif
				Coordination des soins
				Éducation thérapeutique
				Examen clinique et prise de paramètres
				Prescrire - renouveler – adresser
				Prévention
c.		Rémunération des médecins et IPA	Connaissances sur la rémunération IPA	
			Rémunération des médecins travaillant avec IPA	
			Rémunération des IPA Asalée	
d.		Connaissances des modes d'exercice IPA	Exercice Libéral et indépendant	
			Exercice salarié	

	<b>5. Connaissances et perception de la formation des IPA</b>	a. Connaissances sur la formation des IPA
		b. Perception négative des médecins sur la formation
	<b>6. Les connaissances des médecins sur leur interaction avec les IPA</b>	a. Le médecin traitant continue de suivre le patient confié à l'IPA
		b. Il existe des protocoles entre l'IPA et le médecin
		c. L'IPA doit informer le médecin de sa prise en charge et le prévenir si un patient est instable
		d. Les patients doivent être adressés par le Médecin traitant (pour l'instant)

<b>II. La perception des médecins généralistes sur la place de l'IPA dans le système de soins français</b>	<b>1. L'IPA n'est pas une réponse à leurs problématiques</b>	a. Les problématiques des médecins
		b. L'IPA est un acteur n'apportant que peu de solutions à ces problématiques et est même considéré comme inutile
	<b>2. Les médecins contestent la place de l'IPA à cause d'un rôle ambigu</b>	c. IPA une place contestée par les médecins
		d. Un rôle ambigu pouvant prendre la place des autres professions
	<b>3. Quelques médecins ont un avis différent</b>	
	<b>4. Paradoxalement la perception des IPA hospitalière est plutôt positive</b>	

<b>III. Le ressenti des médecins généralistes sur la collaboration entre les médecins et les IPA en soins primaires</b>	<b>1. Les médecins généralistes ressentent beaucoup d'inquiétudes</b>	a. Ils craignent que l'arrivée des IPA bouleverse leurs habitudes et modifie l'essence de la médecine générale
		b. Ils craignent une altération de la qualité de suivi des patients ainsi qu'une augmentation de la pénibilité du travail de travail pour eux même.
		c. Les médecins généralistes craignent des relations difficiles avec les IPA
		d. Il existe une appréhension vis-à-vis des compétences des IPA
		e. Une peur que les IPA soient juste un « outil politique »
		f. Craintes financières
		g. Inquiétudes sur la responsabilité
	<b>2. La confiance en l'IPA est un élément déterminant</b>	a. Cette confiance dépend de certaines conditions
		b. L'expérience d'une rencontre ou d'une collaboration avec un IPA joue sur cette confiance
	<b>3. Certains médecins perçoivent tout de même des avantages à collaborer avec une IPA</b>	a. Une amélioration de qualité du suivi et des soins
		b. Aider les médecins dans le suivi des patients à domicile
		c. Une diminution de la charge de travail du médecin traitant
		d. Le travail en équipe avec l'apport d'un regard différent

<b>IV. La perception des médecins généralistes sur la relation IPA-patients</b>	<b>1. Avantages IPA pour le patient</b>	a. Amélioration du suivi du patient
		b. Meilleure prévention du patient
		c. Meilleure satisfaction du patient
		d. Plus de temps d'écoute du patient
		e. Un regard différent du patient
	<b>2. Désavantage IPA pour le patient</b>	a. Multiplication des intervenants
		b. Perte suivi des patients
		c. Perte relation médecin patient
	<b>3. Projection du ressenti des patients vis-à-vis du suivi IPA</b>	a. Sentiments positifs vis-à-vis IPA
		b. Sentiments négatifs vis-à-vis IPA
	<b>4. Comment choisir les patients qui seront suivi par l'IPA ?</b>	a. Présélectionner les patients
		b. Ne pas prêter attention aux ressentis patients
		c. Obliger les patients à être suivi par IPA
		d. Habituer le patient au changement

VU

NANCY, le **04 avril 2023**

Le Président de Thèse

**Professeur Paolo DI PATRIZIO**

NANCY, le **05 avril 2023**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12929C**

NANCY, le **17 avril 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

**Madame Hélène BOULANGER**

# RESUMÉ DE LA THESE

---

**Introduction :** Face à un système de santé et des soins de premiers recours sous tension, une nouvelle profession de santé a été créée pour faciliter l'accès aux soins, réduire la charge de travail des médecins généralistes et améliorer la qualité des soins prodigués. Les infirmiers en pratique avancée (IPA), une profession qui a déjà fait ses preuves à l'étranger, commence à s'implanter à l'hôpital mais aussi dans les soins primaires français où leur but est de collaborer avec le médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées. L'objectif de cette thèse est d'évaluer le ressenti des médecins généralistes de Lorraine à propos de ce nouvel acteur.

**Méthodes :** Étude qualitative par focus groups réalisés auprès de médecins généralistes de Lorraine. 16 médecins généralistes ont été interrogés entre mai et octobre 2022, répartis en 3 groupes de discussions qui se sont déroulés en visio-conférence. L'échantillon regroupait des médecins généralistes installés avec ou sans expérience d'une collaboration avec un infirmier en pratique avancée.

**Résultats :** Les focus groups ont tout d'abord permis d'effectuer un état des lieux des connaissances des médecins généralistes. Les médecins généralistes interrogés étaient globalement mal informés sur ce nouveau métier. D'autre part, ce travail a mis en évidence une dualité d'opinion à propos des IPA. L'attitude des médecins généralistes sans expérience d'une collaboration avec ces professionnels paramédicaux était plutôt méfiante et beaucoup d'inquiétudes concernant les compétences, la formation de ces infirmiers ont été émises. Un bon nombre de craintes ont été également émises sur l'impact des IPA sur la transformation de l'exercice de la médecine générale. Cependant les médecins ayant une expérience avec un IPA avaient une vision plus positive, considérant ce nouveau métier avantageux pour le médecin et le patient. Pour ces médecins, les IPA ont parfaitement leur place dans les soins primaires. Finalement l'établissement d'un lien de confiance est primordial à l'intégration des IPA.

**Conclusion :** Les infirmiers en pratique avancée pourraient constituer un outil intéressant pour améliorer la qualité de prise en charge des patients en soins primaires. Cependant pour réussir leur intégration il est primordial d'informer les médecins généralistes sur ce nouveau métier et créer une collaboration efficace entre le médecin traitant et l'IPA basée sur la confiance où le médecin gardera un rôle central dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

---

## TITRE EN ANGLAIS:

**HOW GENERAL PRACTITIONERS FROM LORRAINE PERCEIVE AND ASSESS THE ROLE AND INDUCTION OF ADVANCED NURSE PRACTITIONERS IN PRIMARY CARE**

---

**THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – 2023**

---

**MOTS CLÉS :** Médecine générale – Infirmier en pratique avancée – Soins Primaires

---

## INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye 54505  
VANDOEUVE LES NANCY Cedex