

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Mickaël LAROCHE

Né le 24/05/1989 à Montmorillon (86)

Stage ambulatoire partagé entre étudiants en DES de médecine générale et étudiants en Master infirmier en pratique avancée : quels sont les regards des internes sur le travail collaboratif avec les infirmiers en pratique avancée et quel est l'impact du stage sur ces regards ?

Présentée et soutenue publiquement le 09 Septembre 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Christophe HOURIOUX, Biologie cellulaire, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Christian LAVIGNE, Médecine Interne, PH, CHU - Angers

Membre invité :

Madame Virginie MERLET, Coordinatrice pédagogique Diplômé d'Etat Infirmier en Pratique Avancée, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine - Tours

« Si l'idée n'est pas à priori absurde, elle est sans espoir »

Albert Einstein

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédéric.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale || ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Dédicace

Remerciements

Avertissement aux lecteurs :

le mot « infirmier » ou « infirmière » sera utilisé indifféremment dans ce travail de recherche

Stage ambulatoire partagé entre étudiants en DES de médecine générale et étudiants en Master infirmier en pratique avancée : quels sont les regards des internes sur le travail collaboratif avec les infirmiers en pratique avancée et quel est l'impact du stage sur ces regards ?

Résumé :

Introduction :

Les facultés de Médecine de Tours et d'Angers co-organisent depuis 2019 une formation au grade Master, destinée aux titulaires d'un diplôme d'état d'infirmier, afin de devenir infirmier en pratique avancée. La faculté de Tours propose avec l'appui des maîtres de Stage Universitaire, des terrains de stages ambulatoires partagés entre des étudiants infirmiers en pratique avancée, et des étudiants en Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale. L'objectif de cette étude est d'identifier les regards d'internes en médecine générale sur le travail collaboratif avec les infirmiers en pratique avancée et l'impact du stage partagé sur ces regards.

Matériel et Méthode :

Etude qualitative par entretiens libres et individuels, en visioconférence auprès de 9 internes en médecine générale, au sortir d'un stage partagé avec des étudiants infirmiers en pratique avancée. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse par théorisation ancrée.

Résultats :

Mise en évidence de deux groupes d'internes. Un groupe d'internes « initiés » au travail collaboratif interprofessionnel, avant le début du stage partagé, et un groupe de « profanes ». Dichotomie de vision après stage, sur l'infirmier en pratique avancée entre les deux groupes. Fort intérêt, vision appratrice et envie de collaborer avec l'infirmier en pratique avancée pour les « initiés ». Faible intérêt, vision de méfiance et freins à collaborer pour les « profanes ». Une implication hétérogène des maîtres de stage et des étudiants infirmiers en pratique avancée est constatée dans la communication sur ce nouvel exercice auprès des internes.

Conclusion :

En l'état actuel, faible impact du stage partagé sur les internes interrogés, en termes d'adhésion au travail collaboratif avec l'infirmier en pratique avancée, dans la projection de leur future pratique. Nécessité de sensibiliser à l'interprofessionnalité précocement dans les études en santé, d'impliquer d'avantage les maîtres de stage et les étudiants infirmiers en pratique avancée dans l'échange avec les internes sur ce nouvel exercice infirmier, d'inclure la pratique collaborative centrée patient, et d'innover dans des pratiques pédagogiques partagées pendant le stage, intégrant l'interprofessionnalité.

Mots-clés :

Infirmier en pratique avancée, interne en médecine, interprofessionnalité, formation interprofessionnelle

Abstract :

Introduction :

Since 2019, the faculties of Medicine of Tours and Angers have been co-organising a Master's degree course intended for holders of a nursing diploma, in order to become an « APN ». With the support of University Internship supervisors, the Faculty of Tours offers, shared ambulatory training field for nursing students in advanced practice, and residents in Specialised Studies Diploma in General Medicine. The aim of this study is to identify the views of General medicine residents on collaborative work with advanced practice nurses and the impact of the shared internship on these views.

Material and Method:

A qualitative study with unstructured and individual interviews by videoconference with 9 General medicine residents, at the end of an intership shared with nursing students in advanced practice. Recording of interviews, full transcription and analysis by grounded theory method.

Results:

Two groups of residents were identified. A group of residents “initiated” to interprofessional collaborative work, before the beginning of the shared internship, and a group of “laymen”. Dichotomy of vision after the internship between the two groups on the nurse in advanced practice. Strong interest, approving vision and desire to collaborate with advanced practice nurse for the “initiates”. Low interest, distrust and reluctance to collaborate for the "laymen". A heterogeneous involvement of internship supervisors and nursing students in advanced practice was recognised in the communication on this new exercise to the residents.

Conclusion:

In the present condition, the shared internship has little impact on the interviewed residents, in terms of their support for collaborative work with advanced practice nurse, in the projection of their future practice. There is a need to raise awareness of interprofessionality early in health studies, to involve the internship supervisors and nursing students in advanced practice more in discussions with residents about this new nursing practice, to include patient-centered practice, and to innovate in shared pedagogical practices during the internship, integrating interprofessionality.

Keys-words :

Advanced practice nurse, medicine resident, interprofessionality, interprofessional education

Table des matières :

Introduction :	17
I) État des lieux :	17
II) Définitions de la collaboration interprofessionnelle :	18
III) L'infirmier en pratique avancée :	19
A) La pratique avancée :	19
B) L'infirmier en pratique avancée ou IPA :	19
B1) Définitions :	19
B2) Champs de compétence :	20
B3) Modalité d'exercice :	21
B4) Diplôme de l'IPA :	22
IV) Formations des étudiants en DES de médecine générale et des étudiants en master infirmier en pratique avancée :	22
A) Formation des étudiants en DES de médecine générale :	22
A1) Maquette de stage du DES de Médecine générale :	22
A2) Place de la collaboration interprofessionnelle dans la formation des étudiant en DES de médecine générale à la faculté de médecine de Tours :	23
B) Organisation des stages des étudiants en master infirmier en pratique avancée dans les structures de soins primaires :	24
V) Objectifs de l'étude :	24
Matériel et Méthode :	25
I) Choix du type d'étude :	25
II) Population étudiée :	25
A) Sélection de l'échantillon :	25
B) Prise de contact :	25
III) Recueil des données :	26
IV) Analyse des entretiens :	26
V) Démarches éthiques :	27
Résultats :	28
I) Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée :	28
II) Connaissances et visions des internes avant le stage partagé :	29
A) Connaissances faibles ou absentes des internes sur l'IPA avant le début du stage conjoint :	29
B) Visions avant stage des internes sur la collaboration interprofessionnelle :	30
III) Facteurs d'influence sur la diffusion et sur l'intégration d'informations concernant l'IPA chez les internes pendant le stage partagé :	32
A) Échanges sur l'IPA entre les différents acteurs de soins :	32
B) Implications d'aspect hétérogène des différents acteurs de soins concernant la communication sur la profession IPA :	34
B1) Implication des MSU d'aspect hétérogène :	34
B2) Implication des étudiants IPA d'aspect hétérogène :	34
B3) Implication des internes d'aspect hétérogène selon qu'ils soient « profanes » ou « initiés » :	35
B4) Confusion ou non selon que les internes soit « profanes » ou « initiés » face aux discours théoriques et approximatifs des MSU et étudiants IPA :	36
IV) Regards des internes interrogés sur l'IPA après le stage partagé:	37
A) L'IPA considéré par l'ensemble des internes comme un infirmier plus évolué qui fait du médical :	37
B) Vision de chacun des deux groupes d'internes :	38

B1) Groupe des « internes profanes » :	39
a) Compétences de l'IPA reconnues par les « profanes » :	39
b) Limites à l'exercice de l'IPA selon les « profanes » :	40
c) Conditions dans lesquelles les « profanes » accepteraient de déléguer à l'IPA :	42
d) Valeur ajoutée de l'IPA aux yeux des « profanes » :	43
e) Freins à la collaboration avec l'IPA aux yeux des « profanes » :	45
B2) Groupe des « internes initiés » :	49
a) Compétences de l'IPA reconnues par les « initiés » :	49
b) Limites à l'exercice de l'IPA selon les « initiés » :	50
c) Conditions dans lesquelles les « initiés » accepteraient de déléguer à l'IPA :	50
d) Valeur ajoutée de l'IPA aux yeux des « initiés » :	50
e) Freins à la collaboration avec l'IPA aux yeux des « initiés » :	52
V) Regards des deux groupes d'internes sur la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA après le stage partagé :	53
A) Envie ou non de travailler avec l'IPA après stage selon le groupe d'internes :	53
A1) Groupe des « profanes » :	53
A2) Groupe des initiés :	54
B) Vision globale du travail collaboratif avec l'IPA des deux groupes d'internes après stage :	54
B1) Groupe des « profanes » :	55
B2) Groupe des « initiés » :	56
Discussion :	58
I) Synthèse des résultats :	58
II) Comparaison avec la littérature :	62
A) Freins à la collaboration avec l'IPA exprimés par les internes interrogés : comparatif à la littérature, et comparatif entre les deux groupes :	62
A1) Freins chez les « profanes » :	62
A2) Freins chez les « initiés » :	63
B) Dichotomie de vision sur la collaboration avec l'IPA après stage, selon que l'interne soit « profane » ou « initié » : hypothèse soutenue par la littérature :	64
C) Vision centrée patient absente ou fragile :	65
D) Différence de niveau théorique de compréhension de la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA entre les deux groupes :	65
D1) Description du continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux selon Careau et al. :	66
D2) Niveaux théoriques de compétence concernant la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA des deux groupes d'internes selon le continuum :	67
III) Forces et faiblesses :	69
A) Forces de l'étude :	69
B) Faiblesses de l'étude :	69
IV) Perspectives :	70
A) Constat et objectif :	70
B) Plan d'action en deux étapes pour transformer les internes « profanes » en « compétents » :	71
B1) Première étape : de l'interne « profane » à l'interne « initié » :	71
B2) Seconde étape : de l'interne « initié » à l'interne « compétent » :	72
C) Implications de tous les acteurs concernés :	73
Conclusion :	74
Bibliographie :	76
Liste des abréviations :	81

Introduction :

I) État des lieux :

En France, le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de maladies chroniques s'ajoutent à la problématique des déserts médicaux. Un déséquilibre s'est donc créé entre une demande de soin grandissante et une offre de plus en plus limitée. Les patients peuvent, de ce fait, être mis en danger par une difficulté d'accès aux soins ou un manquement à leur qualité. Les professionnels de santé sont pour leur part à risque d'épuisement au travail. Ainsi, c'est tout le système de santé qui est menacé. Il est, par conséquent, nécessaire que l'offre de soins s'adapte en apportant des solutions novatrices.

La collaboration interprofessionnelle est une des clefs du problème. Elle était déjà clairement identifiée et soutenue par l'OMS dans un rapport en 2010 **(1)**. Ce rapport affirmait que la pratique collaborative efficace permet d'optimiser les services de santé, renforcer les systèmes de santé et améliorer les résultats de santé. Le collège des médecins de famille du Canada a édité en 2018 un guide sur la collaboration interprofessionnelle qui expose les effets positifs d'une telle pratique **(2)** :

- L'amélioration de l'accès aux soins pour les patients,
- L'amélioration des résultats des traitements et de la qualité des soins pour les patients,
- L'amélioration de la satisfaction des patients quant à leurs soins,
- Un meilleur équilibre ou une meilleure conciliation travail - vie personnelle (satisfaction personnelle/professionnelle pour les médecins),
- L'amélioration de l'efficacité dans la prestation des soins.

On peut attendre que la généralisation de la collaboration interprofessionnelle à l'ensemble du tissu de soin de l'hexagone apporte les mêmes bénéfices au système de santé français.

Il s'agit maintenant de savoir comment favoriser ce travail collaboratif entre professionnels. L'OMS, dans son rapport de 2010 **(1)**, écrivait déjà qu'il existait assez de preuves suffisantes pour affirmer que la formation interprofessionnelle permet une pratique collaborative efficace. L'HAS en 2014 **(3)** reprendra cette idée du « apprendre ensemble pour travailler ensemble ». Une des premières études françaises publiée en 2015 **(4)** sur la formation interprofessionnelle, démontre que sa mise en place donnait, aux étudiants interrogés, l'envie de développer leur futur travail collaboratif. Plus récemment, annoncée en septembre 2018 par le président de la république française, la stratégie « Ma santé 2022 » propose justement de décroisonner les formations de la santé, pour ouvrir chacun sur la connaissance des autres métiers. **(5)**

II) Définitions de la collaboration interprofessionnelle :

Plusieurs définitions ont été données pour tenter de caractériser la collaboration interprofessionnelle. En voici quelques-unes :

- D'Amour (1997) la définit comme résultant « d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes »
- Reeves et al (2010) nous expliquent que la collaboration interprofessionnelle est un processus selon lequel des intervenants partagent des rôles et des tâches pour convenir d'une solution à un problème donné.
- Pour Chung et al (2012), la collaboration interprofessionnelle est aussi représentée comme un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet un partage de connaissances, d'informations et des aptitudes professionnelles.

De ces trois définitions ressortent quatre grandes idées :

- Une inclusion très large des différents acteurs d'horizons multiples,
- Un échange de données et d'idées entre ces derniers aussi étendu que possible,
- L'idée de prises de décisions communes,
- L'idée que tout est fait dans le but d'améliorer la qualité des soins ou de répondre à un problème de santé précis.

L'OMS définit la collaboration interprofessionnelle ainsi : « Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care. It allows health workers to engage any individual whose skills can help achieve local health goals.» **(1)** Elle met ainsi un point d'orgue sur l'inclusion du patient et de sa famille dans la collaboration interprofessionnelle.

Le consortium pancanadien de l'interprofessionalisme en santé (CPIS) inclut de la même manière patients et familles, mais aussi étudiants et professionnels en formation. Voici sa définition : « La collaboration interprofessionnelle est le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes / patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte des résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. Parmi les éléments de la collaboration, mentionnons le respect, la confiance, la prise de décisions partagées et les partenariats. » **(6)** Le CPIS nous rappelle ici toute l'importance d'inclure au plus tôt les étudiants en santé dans le processus de collaboration interprofessionnelle.

III) L'infirmier en pratique avancée :

A) La pratique avancée :

La pratique avancée est une « forme moderne d'exercice qui permet à des professionnels paramédicaux de se voir reconnaître des compétences relevant réglementairement des médecins ». (5) Elle a été créée pour dégager du temps médical et ainsi répondre aux besoins du système de santé français.

La première forme de pratique avancée a été initiée en 2018 avec l'exercice infirmier, mais elle sera progressivement élargie à d'autres professions.

B) L'infirmier en pratique avancée ou IPA :

L'IPA a été créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

B1) Définitions (7) :

En 2008, le Conseil International des Infirmières (CII) a apporté sa définition de l'IPA : « L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer. »

L'Ordre National des Infirmiers de France propose la définition suivante : « L'infirmière de pratique avancée est une infirmière experte, titulaire du master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ses actes. L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics, permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes.»

B2) Champs de compétence (8):

→ L'IPA peut intervenir dans certains domaines bien définis qui sont :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires. Les pathologies concernées sont :

- accident vasculaire cérébral,
- artériopathies chroniques,
- cardiopathie, maladie coronaire,
- diabète de type 1 et diabète de type 2,
- insuffisance respiratoire chronique,
- maladie d'Alzheimer et autres démences,
- maladie de Parkinson,
- épilepsie.

- Oncologie et hémato-oncologie

- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

- Psychiatrie et santé mentale

Notons qu'une IPA pourra intervenir uniquement dans l'un de ces domaines et non dans plusieurs.

Un projet de décret a été proposé récemment concernant une mention « urgences », mais n'a pas encore à ce jour abouti à une validation.

→ L'IPA a des compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat :

Ainsi, l'IPA peut conduire un entretien avec le patient, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à un examen clinique. Pendant cet entretien, il peut aussi faire une activité d'orientation, d'éducation, de prévention selon les besoins qu'il identifie. L'IPA peut apporter une conclusion clinique ou tout acte de surveillance, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement. Il peut prescrire des médicaments et dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale, ainsi que certains examens de biologie médicale. Enfin, il peut renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales.

Plus largement, il doit collaborer avec l'ensemble des professionnels qui gravitent autour du patient, pour améliorer l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

→ L'IPA doit jouer un rôle de leadership :

L'IPA doit contribuer à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration. Il doit ainsi pouvoir participer à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation, ainsi que contribuer à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.

B3) Modalité d'exercice (8) :

→ L'implication d'un IPA dans la prise en charge d'un patient, nécessite certains pré-requis. Pour commencer, médecin et IPA doivent discuter en amont pour savoir si le patient identifié peut être suivi par l'infirmier en tenant compte du champ de compétence de l'IPA et de l'état de santé du patient. De plus, le patient doit être informé par son médecin et donner son accord pour que l'IPA intervienne à ses côtés.

→ Sur le plan légal, un protocole d'organisation doit toujours être établi entre le ou les médecins et le ou les IPA. Il doit contenir :

- Le ou les domaines d'intervention concernés,
- Les modalités de prises en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés,
- Les modalités et la régularité des échanges d'informations entre le médecin et l'IPA,
- Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés,
- Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations où la prise en charge dépasse le champ de compétences de l'IPA.

En toute logique, le médecin se doit de mettre à la disposition de l'IPA le dossier médical du patient. Les résultats des interventions de l'IPA sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé.

Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation qui dépasse ses compétences, il adresse le patient au médecin dans les conditions les plus adaptées selon que le problème soit une urgence ou non.

→ La loi stipule aussi que le médecin doit informer le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA. Ces modalités figurent dans le document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient, ou à son représentant légal. Ce document précise :

- La composition de l'équipe,
- La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation,
- Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge,
- Les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'IPA,
- Les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.

→ L'IPA peut exercer en ambulatoire dans une équipe de soins primaires, coordonnée par le médecin, ou bien au sein de l'équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées. Il peut aussi exercer en établissement de santé, en établissement médico-social ou dans un hôpital militaire au sein d'une équipe de soins coordonnée là aussi par un médecin.

B4) Diplôme de l'IPA (8) :

Pour exercer, l'IPA doit obtenir le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités, après 2 ans d'études supplémentaires. Il s'agit d'un diplôme reconnu au grade universitaire de master. De plus, l'IPA doit justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier pour pouvoir exercer.

IV) Formations des étudiants en DES de médecine générale et des étudiants en master infirmier en pratique avancée :

A) Formation des étudiants en DES de médecine générale :

A1) Maquette de stage du DES de Médecine générale :

Depuis 2017, le DES de médecine générale s'étale sur 3 années d'internat. Ces 3 années s'articulent en deux phases : **(9)**

- La première appelée phase socle équivaut à la première année d'internat pendant laquelle l'étudiant doit valider un **stage de niveau 1 ambulatoire chez le praticien** et un stage aux **urgences adultes**.
- Puis la seconde est appelée phase d'approfondissement. Elle comprend la deuxième et la troisième année d'internat pendant lesquelles l'étudiant doit valider :
 - a - un stage en **Médecine adulte polyvalente** (gériatrie, médecine interne, médecine polyvalente, pneumologie, endocrinologie, etc...),
 - b - un stage **Femme ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de gynéco et/ou

PMI) ou hospitalier,

c - un stage **Enfant ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de pédiatrie et/ou PMI) ou hospitalier (pédiatrie générale ou urgences pédiatriques)

d - un **SASPAS** (= Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). A noter que le SASPAS doit être validé au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

Sur les 6 stages d'un étudiant, ce sont ainsi entre 2 et 4 stages qui seront réalisés en milieux extra-hospitalier soit en moyenne, 50 % des stages. Niveau 1 et SASPAS sont obligatoires pour tous les étudiants, et forment ainsi le duo de base de la formation en milieu ambulatoire.

A2) Place de la collaboration interprofessionnelle dans la formation des étudiant en DES de médecine générale à la faculté de médecine de Tours :

Parmi les 6 compétences retenues par le DUMG de Tours qui sont à maîtriser en fin de DES de médecine générale, 2 sont en lien plus ou moins étroit avec la collaboration interprofessionnelle, à savoir : « CONTINUE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT » et « PROFESSIONNALISME ». **(10)**

→ En effet, pour qu'un étudiant soit considéré qualifié dans la compétence « CONTINUE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT », il doit savoir :

- Choisir les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux,
- Analyser les avis des différents intervenants, les synthétiser pour prendre une décision centrée patient,
- Collaborer à la continuité et la coordination du maintien à domicile,
- Participer à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences.

→ De la même manière, pour qu'il soit considéré apte dans la compétence « PROFESSIONNALISME », il doit savoir « Collaborer avec les autres soignants ».

Ces deux grandes compétences doivent s'acquérir de manière progressive. En effet, pendant le niveau 1, elles devront être acquises à un niveau novice.**(11)** C'est pendant la dernière année d'internat que l'étudiant devra être parfaitement compétent pour ces deux catégories à la fin de son SASPAS.

B) Organisation des stages des étudiants en master infirmier en pratique avancée dans les structures de soins primaires :

Pendant leur première année de master, les étudiants IPA font deux stages de quatre semaines en soins primaires. Ces deux stages sont proposés aux étudiants inscrits dans une autre mention que la mention « pathologies chroniques ». En parallèle les étudiants IPA en « soins chroniques » font leur stage en structures hospitalières.

C'est en seconde année qu'un stage de quatre mois est réservé pour les étudiants IPA « pathologies chroniques » en ambulatoire.

A la faculté de médecine de Tours, ces terrains de stage en soins primaires sont construits dans des structures de soins telles que des maisons de santé, accueillant conjointement des étudiants en médecine qui peuvent être des externes et/ou internes. La supervision et l'évaluation de ces stages est assurée par un binôme médecin - maître de stage des universités (MSU) et infirmier Asalée ou IPA déjà en fonction dans la structure. Cette organisation des stages IPA est un choix délibéré guidé par l'idée de confronter des étudiants en santé pendant leur formation initiale.

V) Objectifs de l'étude :

Cette étude est ainsi menée dans ce contexte de stages partagés ou conjoints entre étudiant en DES de médecine générale et étudiant en Master IPA .

L'objectif principal était d'appréhender les regards d'internes en médecine générale sur le travail collaboratif avec les infirmiers en pratique avancée, à la fin de leurs stages partagés avec les étudiants IPA. L'objectif secondaire était d'identifier l'impact du stage partagé en l'état actuel, sur ces regards.

Au cours de l'étude, nous nous sommes posé la question de savoir si l'initiation des internes à la collaboration interprofessionnelle avant le début du stage partagé pouvait impacter leurs regards sur l'IPA et sur la collaboration avec lui en fin de stage.

Matériel et Méthode :

I) Choix du type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée, réalisée par entretiens libres et individuels auprès d'internes en médecine générale.

→ Premièrement, nous avons choisi de faire une étude qualitative, car ce travail étudie des facteurs subjectifs difficiles à mesurer.

→ Secondairement, le sujet étant novateur, nous étions obligés de réaliser un recueil de données le plus large possible pour chaque entretien, et donc de laisser aux internes une grande liberté de parole. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi d'utiliser des entretiens individuels et libres.

II) Population étudiée :

A) Sélection de l'échantillon :

D'après ce qui vient d'être exposé en introduction, ce sont tout logiquement, des internes de médecine générale qui ont été sélectionnés pour l'étude. Ils devaient avoir réalisé ou être en train de réaliser leur stage soit de niveau 1, soit de SASPAS dans une structure qui accueillait dans le même temps une étudiante ou un étudiant IPA.

B) Prise de contact :

Mon directeur de thèse, a, dans un premier temps, sollicité la liste des internes et celle des étudiants IPA en stage sur la période de Mai à Octobre 2020 avec leurs lieux d'affectation, auprès du DUMG de Tours et des responsables des stages pour les IPA. Nous avons recoupé les deux listes, afin de savoir quels internes étaient concernés par ce stage conjoint. Dix-sept internes au total ont pu ainsi être identifiés avec les critères d'inclusion, dans quatre départements que sont : l'Eure-et-Loir, l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loiret.

A l'aide des adresses mails figurants sur la liste des internes, je les ai tous contactés en leur présentant le sujet général de l'étude. En parallèle, mon directeur de thèse a contacté chacun de leur MSU par mail pour les informer de ma démarche.

Bon nombre d'internes a répondu à la première sollicitation par mail. Pour les autres, j'ai contacté les cabinets médicaux où ils effectuaient leur stage pour leur parler directement.

Au total, sur les dix-sept internes, quinze internes m'ont fait réponse. Deux ne m'ont pas répondu. Sur les quinze répondants, un interne a refusé l'entretien, et quatorze ont accepté.

III) Recueil des données :

Bien que la volonté première fût de recueillir les informations en laissant un maximum de liberté aux jeunes médecins interrogés, il a été nécessaire de produire un guide d'entretien pour structurer les entrevues. Blanchet, dans son ouvrage « L'entretien » parle du guide d'entretien ainsi : « Ce guide a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche. »

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'hypothèses émises suite à des recherches bibliographiques. Ces dernières portaient notamment sur l'histoire des infirmières, l'histoire du transfert de tâches en médecine, et sur le travail collaboratif médecin - infirmière asalée. **(12,13,14)**

Il a ensuite été validé par mon directeur de thèse.

Il a été modifié et ajusté successivement à la fin des entretiens 1, 2 et 3.

Tous les entretiens étaient individuels et réalisés en visioconférence via l'application WhatsApp® . Ils étaient au nombre de neuf au total. Tous ont été faits alors que les internes avaient terminé leurs stages conjoints avec l'étudiant IPA.

Après l'accord oral des internes, ils ont été intégralement enregistrés avec deux dictaphones numériques.

L'entretien était organisé à chaque fois en trois grandes parties :

- La première où je leur demandais de me présenter rapidement leurs parcours étudiant et professionnel.
- La seconde, où je leur lisais un rappel du sujet avec ce que j'attendais de notre échange.
- La troisième était l'entretien en lui-même.

Les entretiens ont été effectués avec une attitude d'écoute active, sans apport d'opinions personnelles, et avec la présence de pauses actives, afin d'encourager le développement d'idées.

IV) Analyse des entretiens (15) :

Pour commencer, j'ai intégralement réécouté et retranscrit à l'écrit, sans l'aide d'aucun logiciel, tous les entretiens. Ce travail a été fait très fidèlement en prenant en compte les hésitations, les silences, les rires, les fautes de syntaxe des interviewés. Ce temps m'a permis de débiter l'analyse en me familiarisant avec les verbatim et m'a permis d'anticiper la phase d'étiquetage. Tous les entretiens ont été numérotés dans leur ordre de création pour conserver l'anonymat.

Le travail d'analyse en tant que tel s'est décomposé en trois grandes étapes :

- **Premièrement : l'étiquetage ou codage.** C'est à dire l'identification des unités de sens qui permettent de mettre en lumière ce que l'interne nous dit et ce qu'il pense. Tous les entretiens ont fait l'objet d'un double codage. Les trois premiers avec mon directeur de thèse, afin de m'initier à la technique, et les six autres avec un autre chercheur, interne en médecine générale, travaillant sur un sujet approchant et devant utiliser la même méthode d'analyse. Lui-même avait été initié à cette technique par notre directeur de thèse commun. Nous avons étiqueté au fil du texte, y compris les données qui ne semblaient pas à première vue en lien avec le sujet d'étude.
- **Deuxièmement : l'identification des propriétés.** Après avoir réalisé un grand tableau sur OpenOffice® pour chaque entretien, il est tout d'abord ressorti des étiquettes communes à plusieurs internes. Puis, grâce à ce tableau, il a été possible de conceptualiser à partir des étiquettes, des idées plus larges nommées propriétés. Cette étape a été réalisée en partenariat étroit et sous supervision de mon directeur de thèse.
- **Troisièmement : la construction des catégories.** C'est l'étape qui, à partir des propriétés, permet d'organiser les données pour leur donner un sens et une logique. Cette étape a été réalisée avec mon directeur de thèse.

Il faut noter que bien souvent, un entretien terminé a été retranscrit à l'écrit et étiqueté avant même de débiter le suivant. Cela a permis de déterminer le nombre d'entretiens nécessaires pour atteindre la suffisance des données.

V) Démarches éthiques :

Cette étude est hors du champ de la loi Jardé.

Ne collectant pas de données personnelles, et respectant l'anonymat des participants, cette étude n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL.

Un avis éthique a été demandé et sera rendu prochainement.

Résultats :

I) Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée :

Les neuf entretiens ont été menés du 6 Novembre 2020 au 4 Avril 2021 auprès d'internes en Médecine Générale de la Région Centre-Val de Loire. La durée moyenne des entretiens était de 44 minutes (avec une durée minimale de 33 minutes 39 secondes et une durée maximale de 61 minutes 57 secondes). Nous pensons que la suffisance théorique des données a été obtenue dès l'entretien 8. Un entretien complémentaire a été organisé.

Caractéristiques de l'échantillon des internes en Médecine Générale interrogés :

	Sexe de l'interne	Age de l'interne	Type de stage partagé avec l'étudiant IPA : Niveau 1 ou SASPAS	Type de structure dans lequel a été effectué le stage partagé
Interne 1 (I1)	Féminin	30 ans	SASPAS	MSP
Interne 2 (I2)	Masculin	Inconnu	Niveau 1	MSP
Interne 3 (I3)	Masculin	31 ans	SASPAS	Cabinet de 3 médecins associés
Interne 4 (I4)	Féminin	27 ans	SASPAS	MSP
Interne 5 (I5)	Féminin	27 ans	SASPAS	MSP
Interne 6 (I6)	Masculin	28 ans	SASPAS	MSP
Interne 7 (I7)	Masculin	26 ans	Niveau 1	Cabinet de médecins associés
Interne 8 (I8)	Féminin	27 ans	SASPAS	MSP
Interne 9 (I9)	Féminin	30 ans	Niveau 1	MSP

II) Connaissances et visions des internes avant le stage partagé :

Les résultats de cette partie exposent ce que nous pensons être les connaissances et les visions des internes sur l'IPA et la collaboration interprofessionnelle, avant le début du stage partagé. Elles sont issues des déclarations des internes faites pendant les entretiens et donc recueillies après leurs stages. Nous sommes ainsi conscients de la fragilité méthodologique et du risque de biais potentiels.

Pour y parvenir au mieux, nous avons ainsi identifié des passages de verbatim où nous avons compris, d'après ce que nous disait l'interne, qu'il semblait s'agir de pensées déjà existantes chez lui avant le stage. Quelques repères de temps énoncés par les internes nous y ont aidé, soit de manière très explicite, quand par exemple ils disaient avant de débiter leurs explications : « avant ce stage ... ». Ou bien de manière plus indirecte lorsque par exemple ils nous expliquaient leurs visions du lien médecin – infirmière en référence à un de leurs autres stages passés et réalisés avant celui partagé avec les étudiants IPA.

A) Connaissances faibles ou absentes des internes sur l'IPA avant le début du stage conjoint :

- **Certains internes n'ont jamais entendus parler de l'existence de l'IPA avant le début de leur stage partagé :**

«Après, avant j'ai jamais entendu parler (...)» I1

« (...) c'est tout nouveau et puis moi j'en ai entendu parler parce que j'étais en stage avec une, un médecin qui avait une étudiante IPA, mais sinon, moi j'en ai jamais entendu parler que ce soit dans les, euh, enfin jamais entendu parler quoi donc après » I7

- **D'autres internes ont déjà entendu brièvement parler de l'IPA mais sans avoir de notion ni sur son statut, ni sur ses fonctions :**

« Non, non non, je dis pas, j'ai entendu parler de ça, alors je sais pas quand est-ce que la loi la-dessus est passée, c'est il y a quelques années non ? Mais après, pas eu plus d'info que ça » I2

« (...) moi les infirmiers en pratique avancée, infirmière Asalée, je connaissais les noms mais je savais pas du tout ce à quoi ça pouvait correspondre avant mon stage en SASPAS justement » I3

B) Visions avant stage des internes sur la collaboration interprofessionnelle :

Après analyse de l'ensemble des entretiens, deux groupes d'internes se dessinent :

- **Le premier groupe rassemble différents profils d'internes. Il y a :**
 - **ceux qui nous laissent penser avoir peu ou pas été exposés dans leur étude avant le début du stage partagé, à la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, ils ne semblent pas en mesure de percevoir à quoi cette pratique correspond :**

« les nouvelles pratiques de collaboration médecin infirmière, je ne connaissais pas du tout avant ce stage, enfin, j'en avais entendu parler, mais j'avais jamais vu en pratique » I5

« Après, je pense que c'est plus du travail personnel que je devrais faire sur moi prendre du temps sur définir qui est qui et leur fonction, je pense que c'était peut-être pas le sujet de ta thèse, je vais pas prendre le temps d'expliquer mais euh, je pense que c'est à moi aussi de m'informer davantage sur ce qu'on pourrait me proposer comme aide à la prise en charge du patient et euh, faut que je le fasse quoi » I7

- **et ceux qui, même après avoir déjà été confrontés à d'autres professionnels de santé que des médecins dans leur étude avant le stage partagé, expriment une vision éloignée de la collaboration interprofessionnelle. Ils ne conceptualisent pas dans leur esprit la notion de partenariat mis en évidence par la définition du CPIS mentionnée dans l'introduction (6). Ainsi, ces internes aussi ne semblent pas bien percevoir à quoi correspond cette notion :**

« il y avait tout ce que tu voulais, en tout cas, tout ce qui est utile dans ta pratique de médecin généraliste, et il y avait surtout les infirmières Asalée, et c'est là que je les ai rencontrées la première fois, et j'ai trouvé ça hyper, euh, vraiment pratique (...) hum, je dirais pratique, pratique parce que ça, ça nous soulage d'un certain poids, c'est à dire que il y a des choses que je n'ai pas besoin d'évoquer parce que je sais que ça va être fait par l'infirmière Asalée» I8

A la question : *« comment tu définirais la collaboration avec elle ? »* Il a répondu :

« Alors, déjà pour commencer avec quelque chose de basique et de général, moi je pense que les infirmiers sont des professionnels de santé vraiment essentiels dans la pratique de la médecine et de la prise en charge d'un patient. Tout simplement parce que la plupart des stages que j'ai passés dans ma vie c'était, par exemple à l'hôpital, mais c'est un petit peu pareil en ville, euh, c'est plus

l'infirmière qui est en contact avec le patient. Et même si le patient fait confiance à son médecin, mais c'est l'infirmière qui est plus, qui est plus en contact, qui peut passer plus de temps avec le patient, et voilà. Parce que des fois, enfin des fois, souvent les médecins sont tellement dans leur tête avec toutes les connaissances, il faut réfléchir, il faut protocoliser, il faut chercher un diagnostic, tout ça, que justement souvent, on a pas le temps de, on a pas le temps d'écouter ou de parler avec le patient » I1

« Ouais ... comment je collabore ? En étant d'abord, plutôt sympa avec l'infirmier, premièrement, toujours être sympa avec les infirmiers, infirmières, ça c'est très important. (...) il vaut mieux, il y a un côté ultra-humain, il faut mieux connaître les , les connaître en tant que personne, et en dehors, je pense c'est important de les connaître en dehors du cabinet. » I2

Ce groupe, rassemble des internes qui nous laissent penser avoir, avant de débiter leur stage conjoint avec l'étudiant IPA, une vision de la collaboration interprofessionnelle inexistante ou éloignée de la vérité. Nous nommerons pour la suite de l'étude ce groupe d'internes, le groupe des « internes profanes » ou plus simplement les « profanes ».

Nous utilisons ici le terme de profane d'après la définition suivante du petit Larousse : « *Qui est ignorant en une science, en un art, qui n'y est pas initié* »

- **Le second groupe est formé d'internes qui semblent d'après ce qu'ils nous disent, avoir une vision plus juste et ouverte sur la collaboration interprofessionnelle avant de débiter leur stage partagé avec l'étudiant IPA. Nous ne sommes, en revanche pas en mesure de savoir pourquoi, ils exposent leur souhait de travailler de manière étroite avec d'autres professionnels de santé que des médecins . Nous nommerons pour la suite de l'étude ce groupe d'internes, le groupe des « internes initiés » ou plus simplement les « initiés ». Nous utilisons ici le terme d'initié d'après la définition suivante du petit Larousse : « *personne qui est dans le secret, qui est au courant de certaines pratiques, qui est instruite dans quelque art* ».**

« Moi, je suis vraiment, plus qu'ouvert, je pense qu'il faut aller dans cette direction là, euh, dans le futur de la médecine générale oui. Oui, oui, oui, bosser à plusieurs (...) Ah ben moi j'étais déjà convaincu du trav, de travailler dans la main avec le plus de gens possible » I3

« Oui plus bénéfique parce que je pense notamment à mon, au temps que j'ai pu passer aux urgences, j'ai dû travailler en tout un an aux urgences, je vois la différence. Quand tu travailles avec des infirmières avec qui il y a peu de communication, quand tu travailles avec des infirmières, il y a vraiment une communication et où il y a une équipe qui se forme. Moi, j'ai vu, il s'est passé des choses extraordinaires. Vraiment euh, moi le plus beau souvenir que j'ai, ouais une expérience avec une patiente qui faisait, qui était en train de faire son choc anaphylactique, et une intervention que j'ai fait avec une infirmière, euh où on s'est pas échangé un mot en fait et c'est allé très vite, on s'est pas dit un mot puis on est sorti mais très contents parce que, parce qu'il s'était passé quelque chose. Alors là, je parle terrain et une phase active, mais maintenant, on imagine cette relation à distance par téléphone pour une médecine de ville où on est plus dans l'urgence, mais cette même dynamique en fait qui se prolonge avec euh, vraiment un lien fort, je trouve ça très intéressant,

parce que sinon, la médecine générale, c'est un exercice très solitaire (...) je me suis aperçu que quand je discutais avec les différents intervenants euh, qui s'occupaient du même patient, ça crée une émulsion en fait, il s'en dégageait euh, déjà une meilleure prise en charge, et puis aussi une satisfaction professionnelle. Ça je le pense vraiment. Il y a un kiné avec qui je travaillais dans une maison de santé, de temps en temps, on parlait d'un patient, bah il se passait quelque chose. Et moi, ça me permet de corriger des biais que je peux avoir; par rapport à ma prise en charge, de me remettre en question et c'est bénéfique aux patients, euh, je trouve que c'est positif. I6

Au delà de ces deux extraits de verbatim, l'ensemble des entretiens des internes de ce groupe « d'initiés » exprime une vision positive de la collaboration interprofessionnelle.

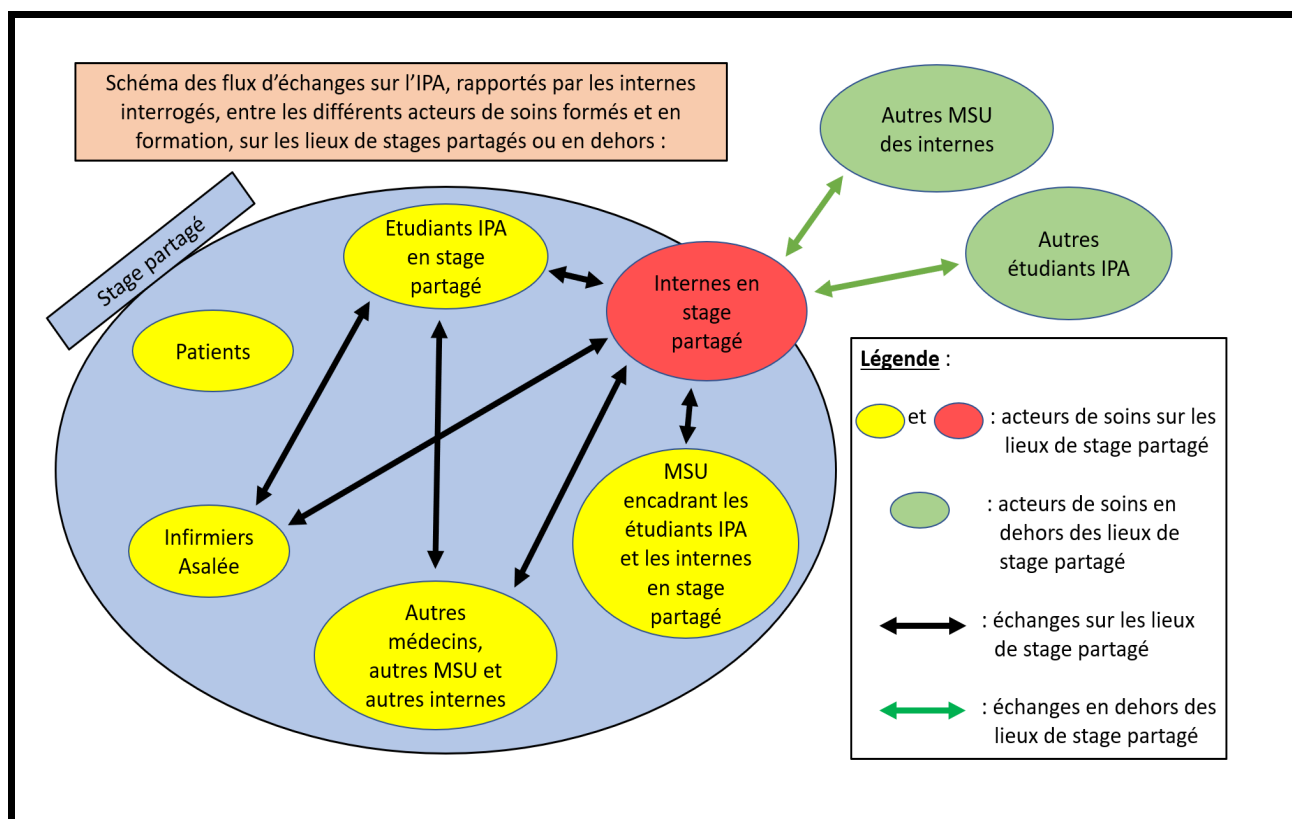
Ainsi, on perçoit que les internes que nous nommons les « initiés », débutent leur stage conjoint avec une vision plus juste et positive de la collaboration interprofessionnelle, alors que les « profanes » l'entament sans réelle connaissance de cette pratique.

Nous nous sommes rendus compte pendant cette étude, que les « profanes » et les « initiés » n'exprimaient pas le même regard sur l'IPA, et sur le travail collaboratif. C'est la raison qui nous a poussé à identifier dès le début ces deux groupes et à les garder en trame de fond pour la majeure partie de l'étude.

III) Facteurs d'influence sur la diffusion et sur l'intégration d'informations concernant l'IPA chez les internes pendant le stage partagé :

A) Échanges sur l'IPA entre les différents acteurs de soins :

Le schéma ci-dessous représente tous les échanges déclarés par l'ensemble des internes. Nous entendons ici par échange, toute communication entre deux acteurs de soins ou plus, qui incluait des propos ou des idées sur l'IPA et/ou le travail collaboratif avec lui. Les échanges pouvaient se faire entre professionnels formés ou en cours de formation, exerçant sur le lieu du stage partagé ou en dehors.



Notons que les échanges matérialisés sur ce schéma, y figurent, car ils ont été rapportés par les internes. Mais il est possible aussi que d'autres non mentionnés par ces derniers aient eu lieu en pratique. De la même manière, un échange fléché sur le schéma concernant les internes par exemple, ne signifie pas que tous les internes ont été concernés par celui-ci.

Notons aussi que les échanges énoncés par certains internes, avec des acteurs de soins exerçant en dehors des lieux de stage partagé ne sont pas datables. Nous ne savons pas s'ils ont eu lieu avant, pendant ou après les stages partagés des internes.

Des échanges ont eu lieu entre uniquement deux acteurs de soins. D'autres échanges ont eu lieu entre plus de deux acteurs, comme nous le rapporte I3, où il a pu échanger avec l'étudiant IPA et l'infirmière Asalée et probablement d'autres professionnels en même temps :

« Avec elle et avec les autres personnels de la maison de santé ouais, on a dit, le midi on discutait de ça ensemble justement. Alors elle, bé elle nous a bien expliqué son projet professionnel, par contre elle avait pas une position définie par rapport à notre infirmière Asalée où elle disait ba finalement on partage beaucoup de compétences communes et pourquoi, enfin, la grande question qui nous est restée en suspend, c'est pourquoi deux diplômes » I3

B) Implications d'aspect hétérogène des différents acteurs de soins concernant la communication sur la profession IPA :

B1) Implication des MSU d'aspect hétérogène :

- Certains MSU auraient discuté de l'étudiant IPA avec leur interne et les ont parfois présentés :

« Justement, j'ai rencontré cette infirmière dans le cabinet où j'étais et mon MSU m'a expliqué un petit peu » I1

« Alors, bah le premier jour, ba mon MSU euh me l'a présenté » I3

- D'autres MSU n'auraient jamais échangé avec leur interne ni sur l'étudiant IPA, ni sur l'IPA en général. Notons que parmi ces MSU, certains de leurs internes ont pourtant bien rencontré l'étudiant IPA pendant leur stage. A la question de savoir si leur MSU leur a parlé de l'étudiant IPA, les réponses de ces internes sont les suivantes :

« Non plus » I6

« Alors, l'étudiante IPA, j'ai pas eu l'occasion d'en parler avec mon maître » I7

« (...) sur les IPADE du coup, on en a pas parlé » I8

B2) Implication des étudiants IPA d'aspect hétérogène :

– Certains internes expriment des échanges avec les étudiants IPA plutôt d'apparence consistante :

« Alors elle, bé elle nous a bien expliqué son projet professionnel, par contre elle avait pas une position définie par rapport à notre infirmière Asalée (...) enfin ce qu'elle avait le plus de mal à nous définir, c'était l'infirmière en pratique avancée dans sa globalité » I3

- D'autres internes laissent penser que les étudiants IPA qu'ils ont rencontrés se seraient peu impliqués dans l'échange avec eux et peu présentés :

« Oui elle s'est présentée, elle m'a expliqué une petite peu » I1

« De l'infirmière qui m'expliquait son projet, mais très rapidement aussi donc (...) » I7

« mon dernier stage, euh en SASPAS, il y avait une étudiante IPA, euh, mais alors, je l'ai croisée, je

l'ai croisée vite et euh, j'avoue que , bah je l'ai vraiment croisée quoi. Elle s'est présentée à moi, et c'est tout » I8

B3) Implication des internes d'aspect hétérogène selon qu'ils soient « profanes » ou « initiés » :

– Groupe des internes « profanes » :

Les internes « profanes » donnent le sentiment que l'étudiant IPA n'était pas leur priorité. Ils disent à demi-mot lui avoir accordé peu d'intérêt et peu d'écoute.

« Justement, j'ai rencontré cette infirmière dans le cabinet où j'étais et mon MSU m'a expliqué un petit peu, mais comme c'était en début de stage, j'étais perdue, j'ai pas trop retenu. (...) Oui elle s'est présentée, elle m'a expliqué une petite peu, mais honnêtement, je me souviens plus des précisions, de ce que c'était exactement. Je sais que c'était quelque chose de psychiatrique. Peut-être mais. » I1

« Euh, c'est vrai que je l'ai croisée du coup qu'une seule fois, on a rapidement parlé, par ce qu'on s'est croisé au repas, elle m'a expliqué un peu, mais après c'est vrai que j'étais pas trop attentif en tout cas » I7

– Groupe des internes « initiés » :

Ces internes sont apparus beaucoup plus impliqués dans l'échange avec l'étudiant IPA, plus intéressés par ce nouveau travail collaboratif, plus curieux et d'avantage dans l'échange avec l'étudiant IPA.

« Et bé, là mes maîtres de stage justement étaient aussi maîtres de stage pour une infirmière en pratique avancée, je l'ai vue deux fois deux semaines, ou deux fois trois semaines je crois, (...) Avec elle et avec les autres personnels de la maison de santé ouais, on a dit, le midi on discutait de ça ensemble justement » A la question « si t'avais une amélioration à faire sur l'organisation du stage pour que les deux, interne et étudiante IPA échangent davantage ou encore mieux, tu, t'aurais vu une amélioration en particulier ? » posée un peu après, l'interne répondra « Je vois pas d'amélioration puisque, nous on se croisait assez souvent, on discutait, on débrieffait de nos matinées, euh donc, après, non, j'ai enfin, c'était déjà à mon avis intéressant et suffisant quoi. » I3

« euh, lui, il était là, voilà en tant qu'observateur, il suivait un médecin généraliste et je trouvais ça très intéressant de faire une passerelle entre l'infirmier et le médecin (...) Alors, oui oui, il nous a expliqué ce que c'était et puis après, lui, il a pu, il a pu voilà expliquer ce qu'il faisait, sa démarche, et pourquoi il, pourquoi il était là, ce qui était, ce qui était d'autant plus intéressant parce qu'on voyait qu'il étaient au taquet » I6

Au delà de ces deux citations de verbatim, c'est encore une fois l'ensemble des entretiens des internes « initiés » qui donne le sentiment d'une forte et sincère implication de leur part dans la compréhension du travail collaboratif avec l'IPA.

B4) Confusion ou non selon que les internes soit « profanes » ou « initiés » face aux discours théoriques et approximatifs des MSU et étudiants IPA :

– Groupe des internes « profanes » :

Certains internes « profanes » ont exprimé de la confusion devant un discours soit partiellement faux, soit trop théorique sur l'IPA:

– I5 par exemple semble troublé suite à la demande et l'explication approximative de son MSU sur le rôle de l'IPA :

« Non je sais qu'il y en a une qui doit arriver là en février » « rire » et mon MSU me demandait si elle pouvait assister avec moi à des consultations type de petites pathologies etc, sur des, sur plutôt des consultations d'urgence que sur des renouvellements (...) Donc c'est vrai que, de ce qu'il m'a dit, j'ai cru comprendre quand même qu'elle, enfin, j'avais entendu parler quand même de ce principe là d'une nouvelle enfin, pas d'une nouvelle discipline, pas d'une nouvelle profession, mais euh, mais que ça pouvait prendre, alors c'était il y a quelques années, mais c'était on parlait beaucoup sur le fait que voilà, il y a une infirmière qui pourrait gérer les rhinopharyngites, les cystites, voilà, qui d'un examen rapide et qui débarrassait un peu le médecin généraliste de la bobologie euh (...) c'est vrai que moi ça reste euh, ça reste très flou comme ça l'était pour l'infirmière Asalée, avant que je le vois en pratique et que je constate que c'était génial, donc après I5

– I7 quant à lui semble confus devant le discours de l'étudiant IPA :

« De l'infirmière qui m'expliquait son projet (...) Déjà, ça, ça reste très flou, l'échange et puis sur vraiment leur rôle, ça reste très flou également, et puis ça, la différence entre une infirmière IPA et une infirmière Asalée, bah c'est pareil, euh, je saurais pas trop faire la différence non plus. » I7

– Groupe des internes « initiés » :

Pour les internes « initiés », le discours approximatif ou théorique de l'IPA ne semble pas les gêner. Ils gardent une position d'écoute, d'échange et expriment leur compréhension de la démarche IPA.

« Elle, elle avait son poste de défini, donc elle savait très bien ce qu'elle allait faire dans son poste qui était assez cadré. Ouais. Mais euh, c'était, ça restait une infirmière du CHU euh, voilà dans un service etc, ce qu'elle arrivait plus, enfin ce qu'elle avait le plus de mal à nous définir, c'était l'infirmière en pratique avancée dans sa globalité si elle travaille dans une structure comme une maison de santé. Quel est l'apport franc et enfin, majeur par rapport à une infirmière Asalée, où là, elle avait plus de mal à positionner un petit peu ça (...) Si si, bah on en en discutait tous ensemble, tous le monde a quand même un accueil très positif » I3

« ce que j'en ai retenu, c'est ce que me disait cet étudiant, euh, la passerelle entre l'infirmier et le médecin en fait, c'est ça. Et euh, je ne pourrais pas plus le définir parce que je n'ai pas plus de renseignements dessus (...) dans les faits exactement, à quoi ça correspond, quelles sont les tâches qui sont euh, qui sont fixées, ça je ne sais pas, mais par contre, la démarche, je la comprends » I6

IV) Regards des internes interrogés sur l'IPA après stage partagé :

A) L'IPA considéré par l'ensemble des internes comme un infirmier plus évolué qui fait du médical :

→ L'ensemble des internes pense comprendre que l'IPA va être amené à faire des tâches jusque-là réservées au médecin :

«Bé ou ben, enfin, jusqu'à maintenant, la seule personne qui touchait un patient réellement pour l'examiner, euh, c'est un médecin. Donc, à partir du moment où tu délègues ça à quelqu'un, tu délègues des tâches médicales» I3

«Bah oui, surtout qu'est-ce qu'ils vont faire de plus que les infirmiers, en fait est-ce que et donc si ils font des choses en plus, par rapport aux infirmiers normaux entre guillemets, est-ce qu'ils font des choses que le médecin fait, je pense, que le médecin fait déjà donc nous on fera des choses en moins, mais c'est quoi ?» I2

→ Ainsi, certains internes voient l'IPA comme un infirmier qui a gravi un échelon :

«c'est faire la démarche plus un en fait, aller plus loin dans leur exercice, dans leur travail» I6

«Alors infirmière en pratique avancée, je sais que c'est un peu plus que infirmière Asalée (...). En fait, elle, je la vois plus entre infirmière et médecin (...)» I9

→ Ces extraits de verbatim illustrent ce que « profanes » et « initiés » ont compris du pourquoi de la création de l'IPA. Mais cela ne signifie pas que les deux groupes sont en accord avec ces idées et cette démarche. Nous allons détailler cela dans la partie suivante.

B) Vision de chacun des deux groupes d'internes :

→ Nous allons pour la suite de l'analyse garder en trame de fond les deux groupes d'internes « initiés » et « profanes ». Nous verrons que parfois les regards des deux groupes convergent, mais, pour bons nombres de points, la vision n'est pas la même avec souvent des visions diamétralement opposées.

Lorsque que l'on voit un nouvel acteur arriver dans l'environnement de travail dans lequel on évolue nous-même, on s'interroge naturellement sur ce nouvel intervenant. Qui plus est, quand le système fonctionne sans lui, depuis toujours. Nous avons identifié cinq grands axes, selon lesquels, les internes des deux groupes semblent s'être questionné sur l'IPA et nous donnent leurs visions.

Les cinq axes sont :

a) Compétences de l'IPA reconnues par les internes :

Cette partie identifie les compétences que les internes accordent à l'IPA.

b) Limites à l'exercice de l'IPA selon les internes :

Cette partie, identifie les actions que le médecin fait habituellement et que l'IPA n'est pas en mesure de faire selon les internes.

c) Conditions dans lesquelles les internes accepteraient de déléguer à l'IPA :

Cette partie exprime les conditions avec lesquelles, les internes seraient d'accord pour confier leurs patients à l'IPA.

d) Valeur ajoutée de l'IPA aux yeux des internes :

Cette partie exprime les avantages de l'IPA pour chacun des membres du trinôme médecin/patient/infirmière selon les internes.

e) Freins à la collaboration avec l'IPA aux yeux des internes :

Cette partie exprime ce que les internes voient de négatif ou de contraignant à la présence de l'IPA.

B1) Groupe des « internes profanes » :

a) Compétences de l'IPA reconnues par les « profanes » :

→ Certains internes de ce groupe accordent spontanément à l'IPA le rôle et la capacité d'être un confident du patient :

«(...) et puis ça permet aussi d'avoir au patient, d'avoir un deuxième interlocuteur qui est pas médecin et puis peut-être qu'effectivement, les patients se confient peut-être un peu plus aussi ou en tout cas, c'est un autre interlocuteur, donc il y a peut-être un autre feeling aussi qui se fait avec l'infirmière» I7

«sur un même patient, on était plusieurs professionnels de santé (...) des choses qui étaient dites aux infirmières et qui nous étaient pas dit à nous (...) Peut-être que les patients diront d'autres choses à l'IPA, qu'ils t'ont pas dit à toi en tant que médecin (...)» I8

→ Les jeunes médecins de ce groupe accordent à l'infirmière la crédibilité d'autres actions. Mais nous avons noté que lorsqu'ils évoquent ces actions, ils parlent le plus souvent de l'infirmière en générale, et ne les relient à l'IPA directement que peu de fois. Ainsi, ils nous laissent finalement penser qu'à leurs yeux, les rôles de l'IPA ne diffèrent pas vraiment de ceux de l'IDEL, ou bien encore de ceux de l'infirmière ASALEE.

De plus, les internes donnent le sentiment que l'IPA a des compétences qui seraient développées en référence à ce que fait le médecin, pour venir combler les manquements de ce dernier. Ainsi, ces compétences ne sont pas vraiment exprimées comme propres à l'IPA.

- **L'infirmière serait en mesure d'accorder plus de temps au patient que le médecin, qui n'a pas le temps et doit prendre de grandes décisions :**

« (...)mais c'est l'infirmière qui est plus, qui est plus en contact, qui peut passer plus de temps avec le patient (...) souvent les médecins sont tellement dans leur tête (...) on a pas le temps d'écouter ou de parler avec le patient (...)» I1

«(...) peut-être que l'infirmière prendrait plus de temps avec les patients tant qu'ils ont moins besoin d'un avis médical» I7

- **L'infirmière accorderait plus d'écoute au patient que le médecin :**

«(...) elles ont, et puis surtout elles sont formées aussi pour ça. Nous aussi en tant que, je dis pas qu'on n'est pas formés, mais peut-être bien moins formés à écouter les gens en tant que médecin» I2

- **L'infirmière approfondirait les tâches débutées par le médecin en l'assistant :**

«Vraiment le temps de vraiment, elle lui montre le papier (...) et c'est que l'infirmière elle peut le faire tranquillement (...) alors que chez nous il venait pour les renouvellements de ses médicaments, donc, le, l'auto-mesure de tension, c'était une information euh, un petit peu surajoutée» I5

- **L'infirmière aurait plus de capacités que le médecin à mobiliser le patient dans sa prise en charge :**

«(...) mais en fait, c'est vrai qu'il y a deux approches différentes mais complémentaires qui permettent au patient du coup de parfois se laisser plus facilement convaincre par l'infirmière que par le médecin pour son régime, pour l'activité physique» I5

b) Limites à l'exercice de l'IPA selon les « profanes » :

→ Pour les internes « profanes », l'IPA ne serait pas en mesure de faire comme le médecin, et ne pourrait pas remplir certaines missions tel qu'elles sont pourtant définies dans la loi. Les arguments diffèrent selon les internes. Pour certains, l'IPA n'est pas en mesure de faire un examen clinique. Pour d'autres, elle ne prend pas le patient dans sa globalité. Voyons maintenant les différents arguments un par un :

- **L'IPA ne serait pas en mesure de faire un vrai suivi du patient et ne serait peut-être même pas un vrai soignant :**

«Donc ce genre de patient, je pense que ça va un peu, enfin, ça serait plus facile pour eux d'aller voir une infirmière pour faire renouveler son ordonnance que de venir voir son médecin, euh, pour faire d'autres analyses, etc..., enfin bref, un vrai suivi derrière de la maladie en fait, euh, ça que, c'est ce que je crains surtout par rapport à ça» I9

«elle peut le faire, je crois que tout le monde peut le faire, vu que c'est, le premier truc par lequel on commence (...) Enfin, voilà, c'est vraiment des, c'est vraiment des choses qu'on peut faire et qu'il n'y aura pas beaucoup d'impact derrière, c'est plus, je vois plus comme ça (...)» I9

«Elle euh, enfin voilà, une infirmière peut soigner entre guillemets un patient (...)» I4

- **L'IPA ne serait pas en mesure d'avoir une vision globale du patient :**

«Quand il y a décompensation, ça décompense les autres, là c'est vrai que si elles se concentrent sur une partie, c'est vrai que, moi ce qui me gêne, c'est effectivement, parce que en médecine générale, c'est de s'occuper un peu de tout [rire] (...) C'est sûr que pris isolément, je me dis est-ce qu'on peut, elles peuvent vraiment être performantes en suivant qu'une partie de leur problème, qu'une partie de leur ATCD, qu'une partie de. C'est pour ça que je suis un peu plus, un peu plus sceptique» I5

«Elle va peut-être juste voir l'hypertension tout court. En fait c'est plus les côtés, à côté entre guillemets, toute la sphère générale, bon après» I4

- **L'IPA risquerait de ne pas se faire accepter par le patient :**

«Alors après, il y a une autre question qui vient derrière, c'est l'acceptation par le patient de, en fait il vient voir le médecin, après il voit l'infirmier, tu vois (...) Et je pense, bah ça dépend pourquoi en fait, je pense qu'il y a, pour des choses un peu assez bénignes, tu vois, ça poserait pas de problème, après je pense qu'il y a des patients à qui ça poserait problème tu vois» I2

- **L'IPA ne serait pas en mesure de faire de la prévention :**

«Et euh, mais si c'est ça, enfin je veux dire, c'est vrai que nous on peut voir plein de choses d'autres de prévention, est-ce que l'infirmière va forcément penser à ça, bah peut-être pas» I4

- **L'IPA ne serait pas en mesure de faire un examen clinique :**

«Par contre, si demain, j'ai un patient disons cardiovasculaire (...) je sais pas, imaginons il a de l'œdème des membres inférieurs, il est plus essoufflé, et nous, on l'examine pas, et l'infirmière le voit et dit, bah il a l'air d'aller bien parce que, là je serais un peu plus emmerdé quoi, je me ba, zut euh, non, celui-là il aurait fallu que je le vois et si elle donne son aval, elle dit que tout va bien, ce patient-là, je le revois que dans trois mois, ou alors il passe aux urgences entre temps parce qu'il a décompensé» I8

«Dans le sens, je pense, je pense que enfin l'anamnèse, que ce soit l'anamnèse ou l'examen clinique euh, d'une infirmière en pratique avancée, ce sera pas exactement comme un médecin» I9

- **L'IPA ne serait pas en mesure de prescrire et renouveler des thérapeutiques de manière optimale :**

«(...) mais est-ce qu'elles auront une vision assez globale pour, et penser du coup à tous les organes, quand elles prescriront» I7

«mais j'aurais quand même préféré que, qu'elle renouvelle pas beaucoup en fait, dans le sens, il se peut qu'on rate, il se peut qu'il y ait une évolution, et peut-être que elle, elle va pas aller jusqu'au bout chercher ça. Elle va se contenter, peut-être qu'elle va examiner, elle va se contenter de renouveler sans pousser trop l'interrogatoire comme un médecin» I9

- **L'IPA ne serait pas en mesure de repérer les problèmes aigus :**

«dans le cadre moi je sais pas, bah de son insuffisance cardiaque (...) en tant que médecin (...) on est capable d'avoir un petit peu un recul sur le patient et savoir que si il a pris euh, 4 kilos ou dès qu'il est essoufflé (...) il est temps qu'on modifie son traitement. Je sais pas si une infirmière qui vient en alternance et qui s'inscrit dans le suivi est capable de, de le voir» I8

c) Conditions dans lesquelles les « profanes » accepteraient de déléguer à l'IPA :

→ Les internes « profanes » souhaitent que l'exercice de l'IPA soit encadré, et suive des protocoles :

«Ça veut dire infirmier qui fait que ça, infirmière qui fait que ça, donc que prévention, que des soins, que des suivis psychologiques, enfin voilà, j'aime bien cette idée que d'être bien ponctuel sur un sujet précis. Comme ça, ce qu'ils font, ils le font bien» I1

«elle va le faire tous les ans quoi, elle va être assidue, elle va être rigoureuse, elle suit le protocole et, elle a appris qu'il fallait faire ça ça ça et ça, moi je trouve ça génial (...)» I8

→ D'autres ajoutent que l'IPA doit prendre en charge uniquement une partie de la pathologie du patient :

«et c'était bien de pouvoir se décharger d'une partie auprès d'une infirmière Asalée, donc là clairement, tout de nouveau concentré et auprès d'une infirmière en pratique avancée, euh, là oui, là c'est vrai que ça me, bah je m'interroge oui sur sa, après sur son, est-ce que du coup, elle aura pour le coup des créneaux plus long parce que du coup là moi ce que je trouve, c'est que c'est trop condensé sur une consultation type de médecine générale» I5

«ça sera plus facile et mieux géré si on est à deux et que le médecin a délégué quelques, on va dire euh, quelques éléments aux infirmières, on va le dire plus comme ça» I9

→ I4 accepterait qu'un de ses patients soit suivi par l'IPA à la condition qu'il soit en bonne santé :

«euh, parce que je pense qu'il y a des infirmières, elles savent aussi très très bien faire leur travail

et que euh, s'occuper juste d'un renouvellement chez un patient, voilà qui encore une fois qui va bien, qui est stable ou quoi, je pense que pourquoi pas en soi. Euh, après oui ça dépend je pense ouais des tâches, euh, définies» I4

→ Certains internes expriment pouvoir accepter une prise en charge de leur patient en dernier recours ou pour combler un vide du système de santé :

«C'est ça, on peut, au moins une fois, c'est pas grave, on va dire si c'est des renouvellements tous les 3 mois, si elle fait 1 mois c'est pas grave, mais tôt ou tard, il faut qu'elle revienne voir le médecin pour refaire le point sur le traitement. Mais en cas extrême, effectivement, elle peut renouveler» I9

d) Valeur ajoutée de l'IPA aux yeux des « profanes » :

→ Les internes « profanes » trouvent principalement des intérêts à l'IPA pour eux en tant que médecin. Certains ont tendance à même faire preuve d'objectification dans leurs propos : *«Mais euh, de voilà, de comment on pourrait utiliser nous en tant que médecin, enfin pas utiliser mais bénéficier de leur formation (...)» I7. Ils trouvent dans une bien moindre mesure des avantages pour le patient. C'est ainsi une vision détournée de la collaboration interprofessionnelle qu'ils expriment.*

• Intérêts de l'IPA pour le médecin :

→ Pour commencer, l'IPA est vu par certains internes comme un moyen de soulager le médecin dans son quotidien. L'IPA permet par exemple d'alléger son emploi du temps surchargé :

«(...) je pense qu'il y a du positif à en prendre, ça peut nous décharger, de nous en tant que médecin, de consultation peut-être» I7

«Parce que pour moi, le gros soucis c'est le temps, c'est le temps qui me stresse et qu'on a pas. On a jamais du temps et moi j'aime bien parler, j'aime bien mais j'ai pas le temps, et donc euh, au moins diviser ou partager les tâches comment on dit euh» I1

→ Certains voit l'IPA comme une assistante « pratique » du médecin :

« J'ai une collègue qui elle, elle est interne à, était interne dans un autre cabinet, où en fait je crois qu'elle travaillait justement avec une infirmière de pratique avancée où une assistante médicale, je sais pas trop qui du coup, vraiment travaillait en collaboration avec le médecin lors des consultations, elle voyait les patients d'abord, elle prenait les constantes, les choses comme ça. » I4

« Moi, je serais pas contre quelqu'un qui me prenne la tension à tous les patients avant qu'ils rentrent et qui me passe la carte vitale quand il sort. Ça, tu vois tu gagnes 10 minutes sur une consultation d'un quart d'heure, ça c'est génial. Je sais pas si je veux quelqu'un qui me remplace pour l'examen clinique et l'interrogatoire. »I8

→ **L'IPA permettrait aussi, selon des internes, d'être le relais du médecin :**

«(...) elle avait un peu, enfin si, si le patient avait une question pour le médecin, bah elle était là pour l'accompagner, pour l'aider, etc» I9

- **Interêt de l'IPA pour le patient :**

→ **L'IPA pourrait permettre d'améliorer les prises en charge des patients en agissant :**

- **sur un plan temporel :**

«je pense que les créneaux, les délais de consultations sont peut-être plus rapides avec l'IPA, donc effectivement, par rapport à sa pathologie, je pense qu'elle peut plus facilement réévaluer rapidement. Euh, que d'attendre le prochain renouvellement avec le médecin» I5

«laisser cette consultation-là, à l'infirmière qui elle, euh, pourrait vraiment s'axer sur ça, et en faire peut-être un point complet général euh, quand même avec ce patient-là. Si nous, ça nous prendrait moins de temps sur ça, mais du coup, ça nous permettrait d'en gagner, d'en avoir plus sur un patient qui justement lui aurait besoin de faire un point sur ses traitements, sur, lui sa pathologie est complètement déséquilibrée» I7

- **et sur un plan démographique :**

«et puis t'as des déserts médicaux énormes, donc c'est, t'as besoin en fait, d'avoir des gens en plus» I2

→ **I7 pense que le patient va profiter d'une meilleure compréhension auprès de l'infirmière qu'auprès du médecin, de par ses moindres connaissances. En somme, l'IPA aurait une compétence par défaut :**

«L'infirmière (...) elle restitue des connaissances, des vraies connaissances mais avec des mots plus simples (...) ses connaissances se rapprochent plus du patient que nous, avec le patient qui n'avons peut-être pas envie ou le temps d'expliquer chaque mot, chaque terme médical avec le patient quoi» I7

e) Freins à la collaboration avec l'IPA aux yeux des « profanes » :

→ Les internes de ce groupe pensent que l'arrivée de l'IPA va complexifier la pratique du médecin au quotidien, et devenir une vraie concurrence pour ce dernier. Ils pensent que l'IPA peut rompre le lien que le médecin entretient avec ses patients. Ils craignent aussi une insuffisance de la formation des IPA qui pourrait ainsi devenir iatrogène et être une perte de chance pour le patient. L'IPA pourrait aussi créer la confusion dans l'esprit du patient.

- Dangers de l'IPA pour le médecin selon les internes :

→ L'IPA complexifie la pratique du médecin pour plusieurs raisons :

- L'IPA prend les consultations faciles et peu stressantes pour laisser les plus difficiles et plus stressantes au médecin :

«mon MSU (...) il m'a dit, bon après faut quand même qu'on fasse attention, parce que c'est vrai que les IPA euh, partout, euh, il disait après il restera que les consultations de pathologies euh rares ou très compliquées, après il restera que le complexe au médecin en disant en fait c'est vrai que parfois des consultations simples, quand ça se passe bien c'est agréable d'en avoir aussi, donc c'est vrai que est ce que l'on garde que les complications euh voilà, mais euh» I5

«avec une 20ème de patients dans la journée, c'était en niveau 1, c'est déjà une grosse journée où on a juste, entre guillemets, juste un renouvellement d'ordonnance où tout va bien, et puis on peut parler d'autres choses (...) c'est vrai que ça permet de relâcher la pression, de ne pas trop se prendre la tête avec le patient, d'être quand même content de sa consultation parce que la pause, sur le caractère moins enfin pas moins important, mais moins stressante sur le plan médical (...) mais je sais pas, ça fait, ça fait toujours plaisir de, pas forcément, même, une otite, je sais pas un rhume, une rhinite, une otalgie, une otite, enfin c'est vrai que on est quand même content de l'avoir dans une journée de consultation, euh, ça soulage un peu la journée quoi» I7

«Non, c'est que dans une journée, chez un médecin, c'est qu'on a un peu de tous, des trucs un peu compliqués qui prennent du temps, des trucs où ça va un peu, enfin c'est, ça peut aller vite, c'est bien d'avoir ces gens-là aussi dans la journée [rire], je sais pas ce que serait la journée d'un médecin, est-ce que ce serait lourd entre guillemets tout le temps» I4

- L'IPA oblige le médecin à faire l'effort d'inclure l'IPA à sa pratique :

«Et puis là, je la rencontre, c'est vrai que ça fait peut-être beaucoup de choses euh, pour moi, euh, à intégrer, et puis une nouvelle formation de l'infirmière qui arrive, euh, ba ouais j'aurais été content d'avoir plus d'information sur, sur sa pratique sur euh, comment sur quelle type aussi de formation elles peuvent faire» I7

- **I2 pense que l'IPA peut venir déranger son organisation professionnelle future :**

«D'un côté, j'aime beaucoup le côté être tout seul, franchement tout seul, tu te débrouilles, enfin, et aussi t'es, comme t'es tout seul, t'es à côté de personne qui va venir t'embêter, tu vois dans ce que tu fais. (...) D'un autre côté, les MSP tu vois, un peu comme celles que j'ai vues, je trouve ça un peu gros. Oui. En fait, pourquoi pas être associé avec d'autres médecins, et avoir des contacts du cabinet d'infirmier pas trop loin, avec qui tu t'entends bien» I2

- **I8 pense que le médecin pourrait être tenu pour responsable des erreurs de l'IPA :**

«comment ça se passe si elle voit pas quelque chose qu'elle examine, qu'elle pense pas être passée à côté de quelque chose, qui est responsable ? Du coup, c'est le médecin traitant ? La responsabilité ? Il y a pas de hiérarchie» I8

- **I8 pense aussi que l'IPA va contraindre le médecin à exercer dans des conditions peu plaisantes :**

«Donc en fait, dans les deux cas, si c'est bénéfique pour le patient, tant mieux, mais dans ces cas-là, nous on va devenir des petits services d'urgence ou de décompensation aiguë (...). Et du coup nous on serait effectivement plus que limité aux problèmes aigus» I8

« bah si admettons elles faisaient vraiment de la prévention, bah du coup effectivement, ça serait assez global chez le patient, par contre le médecin G euh, il ferait plus, enfin pfff, ils feraient que des trucs chiants quoi « rire » I4

→ L'IPA serait une concurrence pour le médecin. Il lui prendrait ses patients et diminuerait son chiffre d'affaire tout en dévalorisant son statut :

«Sinon elle ferait notre boulot « rire » Pour moi, bah ça doit forcément être un peu ciblé quoi. Parce que si c'est trop large de toute façon euh, oui enfin je vois plus trop où est notre place quoi (...) si t'as quelques consultations que tu peux dégager pour l'infirmière de pratique avancée, bah ça permet de voir les autres, euh, après si t'es en ville, ou que t'as pas beaucoup de patients de base, si t'en vois encore moins, j'imagine que ça dépend de l'activité du médecin» I4

«mais je me dis euh, si dans un cabinet de médecine générale on met en place une IPA, qui enfin, qui fait un suivi en alternance et qui fait un examen clinique, enfin nous notre place, on la justifie par quoi après? (...) enfin, attends, notre statut est mise à mal si ton patient peut être vu par une infirmière et qu'elle est capable d'examiner ton patient» I8

«après, sur le mauvais point, c'est j'y vois un peu peut-être la question financière aussi (...) Donc à voir après, comment ça se goupille sur le terrain financier, parce que c'est ça qui rentre en jeu en tant que libéral. (...) C'est que, effectivement, je pense que c'est une sorte de perte financière, c'est peut-être des gros mots, mais, une perte» I7

→ **Certains internes craignent que l'IPA rompt le lien du médecin avec son patient :**

«Mais si c'est euh tronquer une consultation pour que le médecin puisse voir plus de patients, euh, dans une journée tu vois, ça, je sais pas si, enfin moi je, aujourd'hui, je vois pas ça d'un bon œil. Parce que aujourd'hui tu vois, je me dis, t'as tout qu'est important dans une consultation, tu vois, depuis le moment où tu vas dire bonjour au patient jusqu'au moment où tu le laisses sortir (...) je sais pas ce que c'est leur rôle, si tu vois un patient juste sur la table, tu l'examines, tu lui poses deux questions et à la fin et puis voilà, il y a plus trop d'intérêt. Du coup tu perds tout le côté relationnel et humain de notre travail» I2

«Bah de ouais, il y a quand même une perte de lien forcément si il est plus vu par nous quoi» I4

→ **Des profanes nous exposent leurs craintes quant à la formation des IPA. Qu'il s'agisse de sa formation théorique ou de sa formation pratique. L'IPA pourrait manquer de connaissances médicales, et avoir un raisonnement trop simpliste pour faire comme le médecin :**

«enfin, je trouve pour modifier un traitement, enfin une prescription, euh, faut un minimum quand même de [rire] , un minimum de connaissances, donc c'est vrai que quand je vois effectivement qu'il y a là vraiment des toutes jeunes, des infirmières qui s'intéressent à Asalée, je me dis, bah IPA, c'est, je sais pas, quelles sont les conditions de formation, est-ce que justement, il faut un minimum de, de d'années d'exercice, est-ce qu'il faut être passé par euh, dans sa formation, par tel stage, enfin voilà, quels sont les, le minimum requis pour qu'elles puissent, euh, faire la formation et du coup quelle est la formation parce que [rire], mais euh, mais euh après, oui du moment qu'elles aient l'ensemble des connaissances nécessaires et les informations aussi pour pouvoir prescrire» I5

«Après le truc c'est qu'il faut pouvoir aussi bah détecter, bah si il y a un souci, donc je sais pas quelle serait la formation des infirmières en pratique avancée là-dessus» I4

«Disons par exemple, tout bête, disons que le patient qui était un peu en HTA, qui était traité d'un coup, il commence à avoir des poussées d'hypertension, euh, donc, elle [silence], renouveler euh, elle va le faire, euh, peut-être que entre-temps le patient il a pas pris correctement ses traitements on va dire bêtement comme ça, euh, il a il a arrêté de prendre ses traitements, donc elle, elle va plus penser que le fait qu'il y ait des poussées de tension c'était plus à cause de, le fait qu'il a pas suivi correctement ses traitements, ce qui est un peu logique, ce qu'on va aussi penser mais après, euh, les cas comme ça, on va essayer de chercher d'autres choses qui pourrait effectivement causer cette poussée d'hypertension, et je pense que ce genre de chose, elles seraient pas, enfin, elle va plus prendre des choses qui seraient assez évident que eux, des choses trop poussées, avancées comme un médecin» I9

- **Dangers de l'IPA pour le patient selon les internes:**

→ **L'IPA met en péril le patient par ses actions ou ses non-actions, en partie pour la raison évoquée ci-dessus, son manque de formation :**

«et si l'infirmière ne fait peut le faire et on passe à côté de quelque chose euh, et qu'on perd 3 mois, manque de bol pour ton patient» I8

«Elle va se contenter, peut-être qu'elle va examiner, elle va se contenter de renouveler sans pousser trop l'interrogatoire comme un médecin (...) De passer à côté de quelque chose» I9

«je me dis, si là la prescription vient euh, à l'infirmière, à savoir que nous quand on change quelque chose, bah soit, on regarde tout le reste, parce que faut pas qu'il y est des interactions, je sais pas, euh, je me dis si elles ont qu'une partie, qu'une partie du tableau, qu'une partie du puzzle, je me dis bah après, est-ce qu'elles sont à même de pouvoir euh, toute seule modifier juste une partie de l'ordonnance sans que ça influe sur le reste de leurs traitements (...) Après, moi il y a aussi quelque chose qui me gêne, c'est là, je j'essaye de l'éviter avec mes patients, c'est la multiplicité des ordonnances, (...)j'aime un peu moins quand ils ont des médicaments, qui se baladent aux quatre coins du portefeuille sur différentes ordonnances» I5

→ **L'IPA crée de la confusion dans l'esprit du patient car :**

- **Selon I5, le patient risque d'être perdu devant des avis divergents entre médecin et IPA ? I5 alerte ainsi sur le danger d'une manque de communication entre l'IPA et les autres professionnels de santé :**

«mais c'est vrai, je pense ça peut-être un peu déroutant pour le patient d'avoir l'avis de l'infirmière positif, et derrière, l'avis du médecin négatif, je sais pas. [rire] (...) Infirmière (...) médecin (...) Après, faut vraiment que les deux soient parfaitement coordonnés» I5

B2) Groupe des « internes initiés » :

a) Compétences de l'IPA reconnues par les « initiés » :

→ **Le rôle de confidente est aussi accordé à l'IPA dans ce groupe :**

«Euh, je pense que même si ça se perd, le médecin, il a encore un certain statut, une certaine aura auprès du patient, et le patient va peut-être pas toujours oser tout dire à son médecin par rapport à l'observance, par rapport à son ressenti, par contre il va plus s'épancher avec l'infirmière qui va avoir, je pense peut-être une aura plus euh, aller on va le dire, maternelle euh, l'infirmière va peut-être être plus accessible pour le patient, moins impressionnante» I6

→ **Ainsi, elle serait en mesure de faire remonter les informations importantes sur le patient au médecin :**

«Le deuxième passage avec l'infirmière (...) ça permettait vraiment de, de prendre le pouls et euh voir un peu comment le patient percevait les choses (...) il y a une infirmière qui est au taquet, avec qui je peux discuter, qui va me donner les informations, des retours» I6

→ **Ce groupe accorde comme l'autre, la capacité à l'IPA de donner plus de temps au patient :**

« les patients ils adorent qu'on les écoute, (...) euh, là une consultation où on ne fait que les écouter, ils adoraient ça, hein » I3

→ **Les internes de ce groupe au contraire de l'autre, pensent que l'IPA serait capable de repérer les situations aiguës de décompensation des pathologies chroniques :**

«Le patient (...) il va peut-être pas repérer des choses qui peuvent être inquiétantes. Que l'infirmière va mettre le doigt dessus (...) si il y a quelque chose qui va pas, tu vas voir tac, l'infirmière qui va te le dire» I6

«(...) bé ya un patient insuffisant cardiaque qui commence à se remplir les poumons d'eau et qui crépite jusqu'à, enfin jusqu'à plus savoir qu'en faire, ba ça, ça me permet de savoir que ce patient-là, il doit être vu par un médecin, c'est, en fait, c'est un peu un rôle de guetteur (...)» I3

→ **Et ils pensent que l'IPA aurait une formation et des connaissances suffisantes pour exercer :**

«Par contre, de dire, mon patient, il va être mieux suivi parce que l'infirmière, elle va pouvoir euh, apprécier euh, en plus de moi, certains signes que je vais pouvoir lui dire ou qu'on aura défini ensemble à surveiller, et elle aura les compétences» I3

«(...) toutes les personnes non-initiées à la médecine pensent que c'est des (...) heures d'étude dans des bouquins énormes à faire que ça et que c'est comme ça qu'on sait faire notre métier, alors qu'il y a une énorme part d'expérience, pour que ça rentre (...) le dire en fait aux infirmiers, aux infirmières et leur dire que, faut pas se restreindre à son statut et juste pratiquer (...)» I6

b) Limites à l'exercice de l'IPA selon les « initiés » :

→ Au contraire de l'autre groupe, rien dans les entretiens des « internes initiés » n'est exprimé quant aux limitations de l'exercice de l'IPA. Bien entendu, ce n'est pas parce qu'il n'y en a aucune d'exprimée, qu'il n'y en a pas du tout ...

c) Conditions dans lesquelles les « initiés » accepteraient de déléguer à l'IPA :

→ Ce groupe d'interne pense aussi que l'exercice de l'IPA devrait être encadré :

«Mais euh, là, bé c'est une bonne chose de pouvoir euh, augmenter le nombre de personne qui font des examens cliniques mais après dans la limite de certains cadres, c'est à dire que un examen clinique tu mets six ou sept ans à l'apprendre à la fac, euh, c'est pas en deux ans de formation que tu peux faire un examen clinique des pieds à la tête, de poser un diagnostic quoi» I3

d) Valeur ajoutée de l'IPA aux yeux des « initiés » :

- **Intérêts de l'IPA pour le médecin :**

→ Pour les internes de ce groupe, l'IPA permettrait au médecin de diluer son stress en discutant et échangeant avec l'IPA :

« Tu peux décharger en parlant aux collègues de la pression, mais quand tu partages euh cette charge avec d'autres, tu fais un meilleur travail, t'es plus détendu » I6

→ Pour I6, l'IPA pourrait être un interlocuteur pour la bonne prise en charge du patient, qui conseillerait le médecin :

« elle va pouvoir me dire, « écoute par rapport à ce que t'as prévu, ça donne ça, ça et ça, je pense qu'il faudrait faire ça ». Ça permet de faire des aménagements, de se remettre en question et c'est bénéfique aux patients » I6

- **Intérêts de l'IPA pour le patient :**

→ L'IPA pourrait permettre d'améliorer les prises en charge des patients en agissant sur un plan temporel :

« (...) et ça permettrait de dégager justement dans cet aspect chronique, de savoir qu'il y a un soutien derrière, ça permettrait de dégager du temps pour les autres, pour faire peut-être d'autres consultations euh, de proposer autre chose aussi en terme, en tant que médecin » I3

→ Les internes de ce groupe expriment un intérêt intrinsèque à la pratique de l'IPA qui pourrait améliorer la prise en charge du patient :

« je me suis aperçu que quand je discutais avec les différents intervenants euh, qui s'occupaient du même patient (...) il s'en dégageait euh, déjà une meilleure prise en charge » I6

« mon patient, il va être mieux suivi parce que l'infirmière, elle va pouvoir euh, apprécier euh, en plus de moi (...) » I3

- **Intérêts pour l'infirmière de devenir IPA :**

→ I6 pense que l'IPA serait un infirmier plus écouté par le corps médical et plus légitime de par son nouveau statut. Ce dernier serait aussi une opportunité de valoriser la profession d'infirmier en créant un lien plus fort avec le médecin :

«Et je trouve que c'est différent avec du coup cet, ce nouvel exercice un, qui semble arriver. Ça fait une passerelle qui est d'autant plus évidente et un interlocuteur peut-être beaucoup plus euh accessible et peut-être plus pris au sérieux que une infirmière diplômée d'État classique, comme on peut, comme on peut la connaître» I6

e) Freins à la collaboration avec l'IPA aux yeux des « initiés » :

- **Danger de l'IPA pour le médecin selon les internes :**

→ I3, même s'il porte un intérêt certain à la présence de l'étudiante IPA, voit un frein à l'effort que devrait fournir le médecin pour intégrer l'IPA à sa pratique :

«Euh bé j'aurais, ouais , je , ben parce que c'est euh, je pense qu'on a beau faire trois ans d'internat, on a pas fini d'apprendre son métier quand on se lance dans, du jour au lendemain, et qu'on a déjà pas mal de choses à apprendre, si en plus il faut apprendre à gérer une nouvelle personne qui vient euh, rajouter ses compétences même si c'est pour le mieux, je pense que ça peut rajouter, au début ça peut être un peu impressionnant quoi» I3

- **Dangers de l'IPA pour le patient selon les internes :**

→ Selon I3, l'arrivée de l'IPA pourrait créer de la confusion dans l'esprit du patient. Il pourrait avoir du mal à identifier qui est l'IPA. Il risquerait de perdre la notion de qui fait quoi dans l'équipe de soin :

«Je pense que ça peut, honnêtement, ça va s'adresser quand même essentiellement à une population de personnes assez âgées, et je pense qu'ils, ils vont avoir, enfin, ils ont quand même dans leur équipe de soin qui les prennent en charge de façon chronique, bien identifié qui est qui et après il va falloir que chacun se positionne aussi bien sûr, ça va changer un peu les places de tout le monde sur l'échiquier» I3

→ I6 quant à lui, alerte sur le danger d'une mauvaise circulation de l'information qui pourrait faire perdre tout l'intérêt d'une collaboration avec l'IPA pour le patient :

«On rajoute une pièce à l'engrenage, c'est dans le sens où, mais enfin jusqu'à maintenant pas vraiment, mais une équipe de soin c'était quand même un médecin, une infirmière libérale, et un patient. Et là, on va, enfin il y aura en plus l'infirmière en pratique avancée, maintenant il y a plein d'autres mondes qui se mettent en place autour de ça. Euh, pièce à l'engrenage, si, ça peut avoir un aspect négatif dans le sens où euh, après le nerf de la guerre, ça reste l'information, et la diffusion de cette information, et donc ça, clairement, si c'est pas prévu en amont, euh, ça peut, ça peut être un soucis ouais. (...) Et que l'info elle passe pas, auprès de déjà tous les intervenants, ça, ça peut complètement gripper la prise en charge, ou être contre-productive, voire dangereux pour le patient» I6

V) Regards des deux groupes d'internes sur la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA après le stage partagé :

A) Envie ou non de travailler avec l'IPA après stage selon le groupe d'internes :

A1) Groupe des « profanes » :

Dans ce groupe, aucun interne exprime le souhait à travailler avec un IPA.

→ Certains restent dans la réflexion. Ils ne savent pas si cela pourrait être une bonne chose :

A la question : «Tu te vois plutôt exercer à plusieurs, mais aussi pas que avec des médecins quoi ? (...) tu vois aussi éventuellement des infirmières (...) et plutôt quel type d'infirmière ?», **l'interne a répondu :**

«Bah après je sais pas encore, parce que c'est vrai que du coup, enfin, ça va dépendre de bah de ce qu'elles font exactement, comme je sais pas »I4

« Et les IPA devront faire des consultations seules, seules en cabinet, après, si elles ont besoin, d'être en contact avec les médecins pour refaire un point sur le patient. Euh, après, moi, je ne sais pas si c'est une mauvaise chose ou une bonne chose, sachant que c'est vrai, j'ai peu d'expérience de la médecine générale finalement, que ces 5 mois.(...) »

Pour des soins de pansement, après, je pense que l'infirmière irait à domicile, mais du coup, voilà, après les autres infirmières, Asalée et IPA, euh, pourquoi pas en soi, mais c'est vrai que là aujourd'hui, je ne, je sais pas, euh, ce qu'elles font quoi » I7

→ Alors que les autres expriment assez directement leur refus de collaborer avec un IPA :

« Je sais pas si je veux quelqu'un qui me remplace pour l'examen clinique et l'interrogatoire » I8

« Mais, euh, après, de toute façon, si elle a des questions, elle revient vers le médecin, donc sur ça, je pense pas avoir raté quelque chose, euh, mais j'aurais quand même préféré que, qu'elle renouvelle pas beaucoup en fait » I9

A2) Groupe des initiés :

→ Les « initiés » quand à eux expriment l'idée et l'envie de collaborer avec l'IPA :

A la question : « Ouais. Et, euh, cette rencontre là du coup, toi ça t'as stimulé à travailler du coup avec les IPA ? Ou davantage avec les infirmières ? », **l'interne a répondu** : « *Ah ben moi j'étais déjà convaincu du trav, de travailler dans la main avec le plus de gens possible, euh, et oui, ça m'a intéressé, euh.* » I3

« Travailler avec des médecins tiroir caisse, ça m'intéresse pas, moi c'est plus euh, des médecins, plus centrés vraiment sur le patient, qui sont plus axés, comme moi, sur le relationnel et la communication, mais par contre, pourquoi pas avoir eu, une infirmière, euh (...) En fait, peu importe, je pense que au delà du titre qu'elle aura, Asalée, IPA, ou diplômée d'État classique, peu importe, je pense que c'est plus la démarche et l'esprit en fait. Moi si je vois une infirmière qui m'appelle pour me dire, bah attends là ce que t'as fait et tout au patient, je pense pas que ce soit le meilleur plan, etc, euh, qui m'appelle quand ça craint, etc. Qu'elle soit IPA, Asalée ou diplômée d'État classique, en fait, je m'en moque. C'est plus quelqu'un, qui a vraiment un esprit critique et qui fait son travail, mais qui va au delà, au delà du statut en fait, des statuts et des cases. » I6

B) Vision globale du travail collaboratif avec l'IPA des deux groupes d'internes après stage :

Dans cette partie, nous allons identifier la vision des deux groupes d'internes sur la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA selon les trois critères définis par Carreau et al. dans le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (16) qui sont :

- le degré d'interactions entre médecin et IPA
- la présence ou non d'une hiérarchie du médecin sur l'IPA
- la prise en compte du patient et son intégration à la collaboration. Selon le continuum mais aussi selon les définitions de la collaboration interprofessionnelle de l'OMS et le CPIS citées en introduction, l'inclusion du patient est une condition primordiale. (1,7)

B1) Groupe des « profanes » :

→ Les « profanes » expriment des degrés d'interactions hétérogènes entre médecin et IPA :

- **I1 préfère n'avoir aucune interaction avec l'IPA :**

« Parce que moi par exemple, comme je suis une personne très angoissée, euh, peut-être que j'aurais des freins d'avoir justement une infirmière IPA parce que moi comme je suis très angoissée, j'aime bien faire les tâches moi-même, savoir où je suis, je suis bien carrée. Et s'il y a quelqu'un d'autre qui intervient, bah si je n'aime pas comme elle fait les choses, et je le fais à sa place parce que je n'aime pas. Donc ça peut-être un frein pour moi. » I1

- **I2 voit l'interaction comme unidirectionnelle, recevant des informations de l'IPA sans échanger avec, et décidant sans son avis :**

« Bah, soit à travers le logiciel, tu vois, elle marque un mot tu vois » I2

- **I8 et I4 voient l'interaction comme un échange bidirectionnelle avec l'IPA sans laisser penser à un projet ou une décision commune :**

« Euh, avoir des temps dédiés, alors ça peut être officieux à l'heure du repas, ou officiel, on se bloque une heure tous les mercredis matin, pour discuter des patients complexes, qui ont, ou qui ont été compliqués. (...) En fait, l'échange quoi, clairement. C'est ça le plus important. » I8

« enfin j'imagine que ça dépend de la collaboration avec les IPADE aussi. Si il y a une bonne entente, bonne discussion, bah je pense que ça peut aussi euh, le faire » I4

→ **Ce groupe se représente l'IPA sous la hiérarchie du médecin :**

« Mais ça doit même dépendre du caractère du médecin, il y a des médecins qui préfèrent euh, avoir des infirmières qui prennent les devants. Je suis pas sûr que ça me plaise » I8

« (...) De pas faire ce qu'on leur demande, autant pas être infirmier » I2

« Mais après, on a tous des journées bien et pas bien donc ça peut, tout simplement parce qu'on n'est pas bien dans notre tête un jour, on peut se décharger sur l'infirmière, alors qu'on ne veut même pas, enfin je ne sais pas » I1

→ **La démarche « centrée patient » est absente :**

« souvent les médecins sont tellement dans leur tête avec toutes les connaissances, il faut réfléchir, il faut protocoliser, il faut chercher un diagnostic, tout ça, que justement souvent, on a pas le temps de, on a pas le temps d'écouter ou de parler avec le patient » I1

« MSP j'ai trouvé ça génial, euh, pour moi, enfin, pour nous en tant que médecin, pour les patients, enfin les patients vraiment, enfin ils vont pas au 4 coins du départements, ou de la ville » I5

B2) Groupe des « initiés » :

→ Les « initiés » expriment aussi des degrés d'interactions hétérogènes entre médecin et IPA. Mais ils poussent le curseur plus loin. Ils n'évoquent pas dans leurs propos, de situation sans aucune interaction entre médecin et IPA :

I3 évoque une interaction unidirectionnelle sans échange ni décision commune avec l'IPA :

« Et moi, je l'imagine franchement comme ça à travers un dossier commun dans lequel tout le monde peut ajouter ce qu'il veut, euh avec toujours l'accord du patient bien sûr pour le partage d'informations, mais tout le monde a accès au maximum » I3

I6 voit avec l'IPA une interaction bidirectionnelle, mais sans projet ni décision commune :

« Euh, je pense que c'est intéressant de faire des passerelles entre toutes les personnes qui s'occupent du patient, absolument toutes les personnes qui s'occupent du patient, et que je trouve que c'est une très bonne passerelle et que c'est, que c'est prometteur, et que quand on travaille à plusieurs » I6

Mais I3 semble pousser l'interaction un peu plus loin. Il semble envisager dans des situations particulières une interaction bidirectionnelle, avec l'intention de planifier des soins de manière à assurer la cohérence des différentes interventions prévues :

« elle va pouvoir euh, apprécier euh, en plus de moi, certains signes que je vais pouvoir lui dire ou qu'on aura défini ensemble à surveiller (...) que , bé ya un patient insuffisant cardiaque qui commence à se remplir les poumons d'eau et qui crépitent jusqu'à, enfin jusqu'à plus savoir qu'en faire, bah ça, ça me permet de savoir que ce patient là, il doit être vu par un médecin, c'est, en fait, c'est un peu un rôle de guetteur (...) et de dire bé, ah, par exemple, j'augmente les doses de furosemide, bah moi je vais revoir le patient toutes les semaines, est-ce que toi tu peux juste jeter un coup d'oeil ? Tiens tu fais l'auscultation, tu marques, est-ce qu'il y a des crépitants, pas de crépitants » I3

→ **Ces internes considèrent la hiérarchie médecin - IPA comme dépassée :**

«Bah moi je pense que c'est une bonne chose parce que, faut enfin la vision un peu pyramidale, le médecin est maître de tout, ensuite il y a tous ses petits subordonnés qui exécutent bien sagement, encore une fois ça c'était bien il y a 50-60 100 ans» I3

«je pense que c'est plus un travail d'équipe, euh où le médecin aurait pris sa place de leader, plutôt que la place de chef (...) Encore une fois, c'est des, c'est une hiérarchie à la con quoi» I6

→ **Le patient est d'avantage cité chez les « initiés » sans pour autant que l'on puisse parler d'une pratique « centrée patient » :**

« Euh, quelqu'un qui verra le bien être du patient » I6

« Euh et toujours par contre garder en ligne de mire c'est pour le patient quoi (...) plus on est de compétences à se rencontrer, plus ça va faire du positif pour les patients. » I3

Discussion :

I) Synthèse des résultats :

- Avant le début du stage, les étudiants en DES de médecine générale interrogés, nous laissent penser qu'ils avaient peu ou pas de notions sur ce nouvel acteur de soin qu'est l'IPA.
- L'analyse des entretiens laisse penser que les MSU étaient impliqués de manière très hétérogène dans la communication auprès des internes, sur la présence pendant leur stage des étudiants IPA. Certains MSU en ont discuté avec leurs internes, d'autres pas du tout. De la même manière, l'implication des étudiant IPA dans l'échange avec les internes sur leur profession semble avoir été inconstante.
- Certains internes pendant leur stage n'ont pas rencontré, ni même parfois entendu parler de l'étudiant IPA, pourtant en stage dans la même structure qu'eux.
- Ainsi, certains internes n'auront reçu aucune information sur l'IPA, d'autres apprendront son existence, mais sans en acquérir de vraies connaissances. Pour tous, la vision de l'IPA, et la collaboration avec lui, restent très confuses.

- **L'analyse nous a poussé à distinguer deux groupes d'internes :**

→ **Le groupe des internes « profanes ».** Il rassemble des internes qui semblaient avoir une vision de la collaboration interprofessionnelle inexistante ou éloignée de la vérité avant de débiter leur stage conjoint avec les étudiants IPA. Certains affirment ne s'être jamais vraiment questionnés sur la question avant, alors que d'autres en ont une vision erronée.

→ **Le groupe des internes « initiés ».** Il rassemble des internes qui selon, ce que nous avons compris de leurs déclarations, avaient une vision plus juste de la collaboration interprofessionnelle avant le début de leur stage partagé avec les étudiants IPA. De plus, ils nous laissent penser qu'ils étaient déjà convaincus des bienfaits de cette pratique, et enclins à la développer dans leur futur professionnel.

- Les deux groupes d'internes exprimaient majoritairement des visions différentes, voire opposées sur le travail collaboratif avec les IPA. Nous avons noté toutefois certaines similitudes plus mineures.

→ **Similitudes mineures de vision des deux groupes :**

Les regards des deux groupes d'internes convergent sur quelques points communs. Ils accordent à l'IPA le rôle important de confident du patient qui sait recueillir des informations que le médecin peut ne pas avoir. Ces informations devant être ensuite communiquées au médecin. Les deux groupes voient aussi en l'IPA un moyen d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les patients en réduisant le délai de consultation et en accordant plus de temps d'échanges. Ils convergent pour dire que le médecin, va devoir faire un effort pour intégrer l'IPA à son exercice quotidien, ce qui leur semble être un frein. Ils voient également un risque de confusion dans l'esprit du patient qui pourrait ne plus savoir qui fait quoi avec l'arrivée de ce nouvel acteur de soin. Enfin, les deux groupes pensent qu'il faut encadrer l'exercice de l'IPA.

→ **Différences majeures dans la vision des deux groupes :**

Le groupe des « profanes » a tendance à voir l'IPA comme un assistant du médecin qui permet de le soulager dans son quotidien en allégeant son emploi du temps par exemple. Ils ne considèrent pas l'IPA compétent pour faire comme le médecin. Pire, l'IPA pourrait être iatrogène pour le patient. En effet, l'IPA aurait une formation insuffisante pour accomplir des tâches dévolues jusque là aux médecins. L'IPA pourrait aussi venir casser le lien privilégié que le médecin entretient avec son patient. De plus, l'IPA est vu comme une concurrence pour le médecin qui verrait son activité et son chiffre d'affaire se réduire. L'IPA prendrait le travail facile du médecin, laissant ce dernier uniquement avec des consultations complexes.

Aucun des internes de ce groupe n'exprime l'idée de vouloir collaborer avec l'IPA. Certains se questionnent et ne savent pas si collaborer avec l'IPA serait une bonne chose, alors que d'autres ne souhaitent tout simplement pas travailler avec.

Au final, l'idée du travail collaboratif avec l'IPA n'est pas exprimée en tant que telle par ces internes. Ils évoquent au maximum un échange bidirectionnelle avec l'IPA sans projet ni décision commune avec lui, et placent l'IPA sous hiérarchie du médecin. De plus, la pratique centrée patient n'existe pas.

Le groupe des « initiés » voit l'IPA exercer plus librement. L'IPA aurait le droit et même le devoir de prendre des initiatives, d'émettre des critiques sur l'exercice du médecin, pour le faire progresser et améliorer la prise en charge du patient. Ils voient l'IPA comme un acteur de soin compétent qui apporte une valeur ajoutée au suivi du patient et sait repérer les problèmes médicaux. Ils ont confiance en la formation qu'il recevra. De plus, ils considèrent que la création de l'IPA est un moyen de valoriser la profession d'infirmier.

Ces internes expriment vouloir travailler avec les IPA dans leur futur professionnel et restent bien plus curieux et ouverts face à son arrivée sur le terrain.

Les internes de ce groupe n'expriment pas non plus l'idée ultime de la collaboration interprofessionnelle. En revanche, ils vont plus loin dans l'interaction entre médecin et IPA et

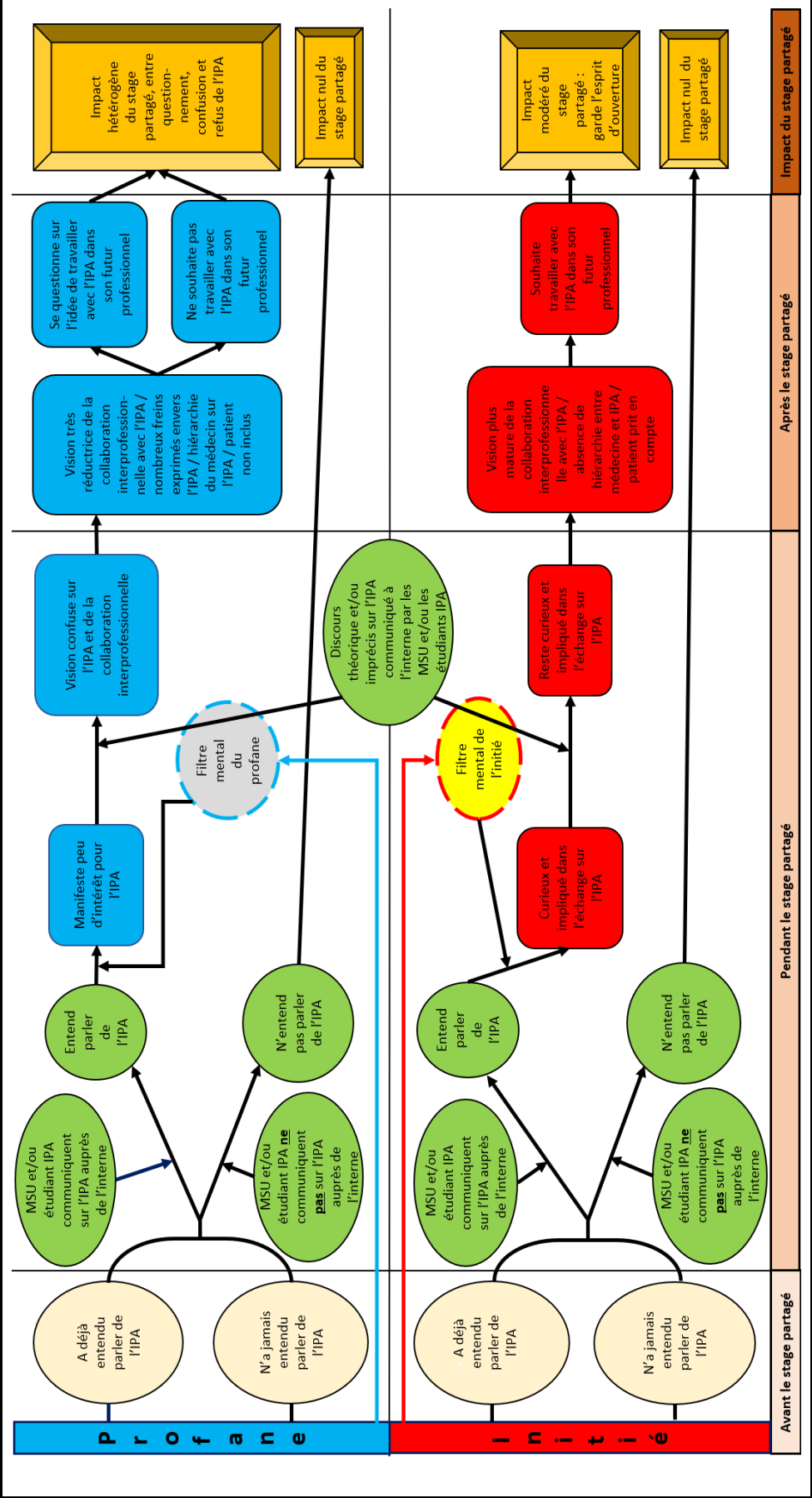
envisagent un échange bidirectionnelle, avec l'ébauche d'un plan de coordination des soins à plusieurs. La hiérarchie du médecin sur l'IPA leur semble désuète. De plus, même si leurs propos restent timides, ils impliquent d'avantage le patient dans leurs discours sans pour autant que l'on puisse parler de pratique centrée patient.

- Lorsque les internes « profanes » ont reçu des informations théoriques et imprécises sur l'IPA pendant leur stage, qui ne pouvaient pas, par ces deux caractéristiques être facilement compréhensibles, ils semblent avoir été troublés. Ces informations ont apporté de la confusion dans leur représentation de l'IPA. Au contraire, les internes « initiés » restaient ouverts à l'idée de collaborer avec l'IPA, et en comprenaient le message général.
- Cette analyse, pourrait laisser penser, que la sensibilisation ou l'absence de sensibilisation à la collaboration interprofessionnelle avant le stage partagé chez les internes interrogés, les ont orientés dans leurs visions de l'IPA et du travail collaboratif avec lui, mais aussi dans leur interprétation des informations qu'ils ont pu recevoir sur l'IPA pendant leur stage.
- L'impact de ce stage partagé dans son état actuel semble mineur. Certains internes n'ont pas entendu parler de l'IPA ou de la présence de l'IPA pendant le stage. De plus, les internes « initiés » sont d'accord pour travailler avec l'IPA, mais l'auraient probablement été sans ce stage. Les internes « profanes » ont exprimé quant à eux de nombreux freins.

Schéma de synthèse des résultats :

Facteurs avant et pendant le stage partagé influençant la vision des internes sur le travail collaboratif avec l'IPA, regards des internes sur la collaboration avec l'IPA et impact du stage partagé

Le filtre mental désigne la vision de l'interne avant le début du stage partagé, sur la collaboration interprofessionnelle, selon qu'il soit profane ou initié. C'est avec et à travers ce filtre qu'il semble interpréter ce qui se dit autour de lui sur l'IPA et le travail collaboratif avec lui.



II) Comparaison avec la littérature :

A) Freins à la collaboration avec l'IPA exprimés par les internes interrogés : comparatif à la littérature, et comparatif entre les deux groupes :

A1) Freins chez les « profanes » :

Les internes « profanes » exposent de nombreux freins à la collaboration entre médecin et IPA. Rien de très surprenant, puisqu'un rapport de l'OCDE de 2010 **(17)** identifiait déjà l'opposition de la profession médicale « comme un des principaux obstacles au développement de rôles avancés infirmiers dans la plupart des pays » qui les ont développés. La France ne fait pas exception, et les étudiants en médecine générale actuels non plus, compte tenu du fait qu'ils ne sont pas beaucoup plus armés que leurs aînés pour intégrer au mieux la collaboration interprofessionnelle dans leur pratique. Plus récemment, l'opposition fait rage de la même manière, face au décret de loi sur la création de l'IPA aux urgences comme en témoigne une interview de Novembre 2020 du président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF). **(18)**

Parmis les obstacles évoqués par les « profanes », nous en avons retenu trois généraux :

- a) L'IPA volerait l'exercice du médecin**
- b) L'IPA complexifierait le travail du médecin**
- c) L'IPA serait un danger pour le patient**

→ a) L'IPA prend la place du médecin : il est vu comme un concurrent qui fragilise le statut du médecin et la relation médecin – patient :

Florence Ambrosino, dans un de ses ouvrages **(19)**, nous fait part de propos négatifs qu'elle a entendu circuler sur l'IPA, qui serait « une voleuse de patient » et qui pourrait représenter une perte d'activités pour le médecin.**(17)** En effet, comme le laisse entendre certains « profanes », l'aspect financier peut être un véritable obstacle au développement de la collaboration interprofessionnelle. **(20)**. Une étude de 2020 montre que des médecins installés peuvent freiner des quatre fers lorsqu'il s'agit pour eux de « donner » des patients à l'IPA sans contrepartie. **(21)** De plus, au delà de l'aspect financier, des médecins redoutent de perdre leur statut particulier de médecin. Le travail collaboratif peut trouver effectivement un obstacle dans les différences de pouvoir basée sur les stéréotypes de genre et les disparités de statuts sociaux entre les professionnels.**(22)** Le colloque singulier entre médecin et patient pourrait aussi être perturbé selon ces internes. **(23)**

→ b) L'IPA risque de complexifier le travail du médecin :

Les internes interrogés pensent que l'IPA, en prenant certaines consultations de suivi qu'ils jugent simples, laisserait au médecin les plus complexes. Certains médecins dans l'étude de J.F. Colmas (21) pensent aussi « qu'il y a un risque de lourdeur de consultation résultant de l'éviction de tous ces moments calmes et simples. ». De plus, ils pensent que le médecin devrait changer ses habitudes à cause d'un chevauchement potentiel de l'IPA, dans son champ de pratique, comme le souligne l'OCDE en 2010. (17) La question de responsabilité du médecin, notamment en cas de fautes de l'IPA est présente aussi dans certains esprits et fait obstacle à la collaboration. (24,17)

→ c) L'IPA est peu digne de confiance car il serait sous-formé et représenterait ainsi un risque pour le patient :

Les compétences et l'expertise des infirmières en pratique avancée ont été fortement questionnées (17) et le sont encore. « Une dangereuse offre de médecine low cost » (19) est la vision de certains médecins. Ces derniers pensent que l'IPA est dangereux car moins formé qu'un étudiant en médecine en cours de cursus. (21) Pourtant, les preuves sont bien faites maintenant que l'infirmière formée apporte des soins au moins d'aussi bonne qualité que le médecin. (25, 26)

Au final, les internes « profanes » souhaitent pour certains ne pas travailler avec les IPA, pour d'autres limiter le champ d'action de l'IPA à des tâches mineures (21), en conservant l'esprit hiérarchique du médecin sur l'IPA. Cette idée d'autorité du médecin sur l'IPA est l'héritage d'une longue histoire de domination, d'abord de l'église sur « l'enfermière » bonne sœur qui prend soin du malade, puis ensuite du savant médecin sur la frêle infirmière. (27) Or, la simple idée de hiérarchie entre médecin et IPA met à terre toute possibilité de collaboration. (28) Il s'agirait là plutôt de coopération. Cette dernière implique en effet que les participants travaillent ensemble, mais restent divisés par des frontières hiérarchiques. (29) Même si en France depuis seulement les années 2000, l'idée de relations collaboratives émerge entre médecin et infirmière (27), la hiérarchie est encore présente en pratique au quotidien. Une étude grecque de 2014 apporte tout de même une note d'espoir et montre, via les modifications de formation, la nouvelle tendance à un rapport de moins en moins hiérarchique, surtout entre jeunes médecins et infirmiers expérimentés. (30)

A2) Freins chez les « initiés » :

Ce groupe expose peu de freins. Il évoque l'effort que doit faire le médecin pour intégrer l'IPA à sa pratique. (17) Il expose le risque de confusion dans l'esprit du patient qui pourrait avoir du mal à identifier qui fait quoi à l'arrivée de ce nouvel acteur de soin qui chamboule l'échiquier. De plus, ce groupe alerte sur le danger d'une mauvaise circulation de l'information qui pourrait compromettre la bonne collaboration. (31) Notons que ces deux derniers points ne sont pas évoqués par les internes comme des raisons qui les pousseraient à ne pas collaborer avec l'IPA, mais plutôt comme des alertes sur d'éventuels dysfonctionnements qui pourraient gripper la collaboration. Ces internes semblent ainsi déjà s'inscrire dans la collaboration avec l'IPA et dans l'idée de la pratiquer au mieux.

Ce qui ressort comme une évidence, c'est que les internes « profanes » expriment bien plus de freins que les « initiés ». Ils sont ainsi plus réticents à collaborer avec l'IPA, voyant davantage les dangers que les intérêts.

B) Dichotomie de vision sur la collaboration avec l'IPA après stage, selon que l'interne soit « profane » ou « initié » : hypothèse soutenue par la littérature :

Même si il est impossible d'établir dans cette étude, un lien de causalité entre les notions ainsi que la vision que peut avoir individuellement chacun des internes interrogés avant stage sur la collaboration interprofessionnelle, et sa vision après stage du travail collaboratif avec l'IPA ainsi que son envie ou non de travailler avec un IPA dans son futur professionnel, certaines études peuvent le laisser penser. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi les « profanes » expriment bien plus de freins que les « initiés ».

La littérature plaide en ce sens à travers la notion de formation interprofessionnelle. Des études montrent en effet que cette dernière permet d'améliorer la pratique collaborative des futurs soignants dans leur exercice. (32) Elle le permet, en créant un changement de regard et une ouverture d'esprit des étudiants en santé sur les autres professions avec lesquelles ils sont et seront en contact. (33, 34, 35, 36) Elle donne aux soignants en formation, l'envie de découvrir d'avantage l'autre et de collaborer avec lui. (4) Autrement dit, si un soignant a été sensibilisé à la collaboration interprofessionnelle tôt pendant ses études, il la pratiquera davantage et mieux.

On pourrait ainsi émettre l'hypothèse que les internes interrogés dans cette étude, les plus curieux et les plus ouverts au travail collaboratif avec l'IPA, l'étaient en partie parce qu'ils étaient initiés à la collaboration interprofessionnelle avant leur stage. De la même manière, l'hypothèse corollaire serait de dire que les internes peu curieux et peu ouverts, voire même fermés au travail collaboratif avec l'IPA et qui expriment beaucoup de freins, le sont en partie car ils n'ont jamais été confrontés avant leur stage à la collaboration interprofessionnelle, ou n'en ont pas une juste vision.

C) Vision centrée patient absente ou fragile :

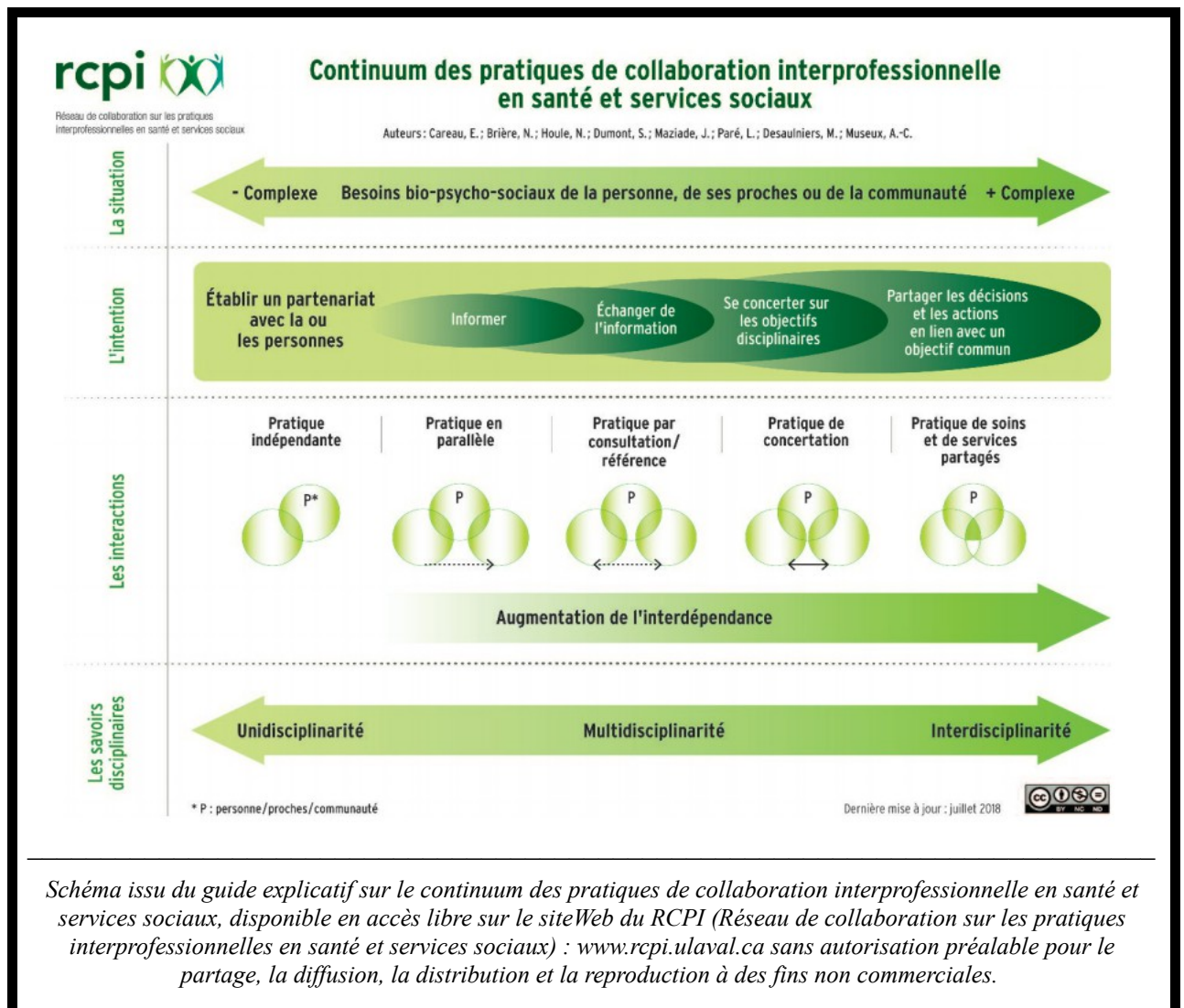
L'HAS définit la démarche centrée sur le patient comme une démarche qui « s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle, pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient ». (37)

Concernant les « profanes », cette démarche est absente. Les « initiés » rappellent que le bien-être du patient est l'objectif principal, mais leur propos ne dessinent pas pour autant un patient acteur de ses soins auprès des professionnels de santé. Le centré patient semble rester une notion fragile aussi chez les « initiés ».

D) Différence de niveau théorique de compréhension de la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA entre les deux groupes :

Au total, cette étude nous laisse penser que les internes « initiés » ont globalement une vision plus évoluée de la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA après stage, que les internes « profanes ». Nous allons maintenant utiliser le schéma ci-dessous du Continuum canadien des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (16), pour essayer d'évaluer plus objectivement le niveau de compétence de chacun des deux groupes d'internes sur ce sujet.

D1) Description du continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux selon Careau et al. (16) :



→ Ce continuum identifie 5 stades de collaboration (de gauche à droite) :

- **Stade 1** : ce n'est pas de la collaboration interprofessionnelle mais une pratique indépendante du soignant qui établit un partenariat avec le patient et son entourage uniquement.
- **Stade 2** : il s'agit du premier stade de collaboration interprofessionnelle, c'est une pratique en parallèle où le soignant s'informe de ce que font les autres soignants, mais sans que cela n'ait une vraie influence sur sa pratique et ses décisions. Il n'y a pas d'interdépendance entre les soignants. L'interaction est unidirectionnelle.

- **Stade 3** : il s'agit d'une intention d'échange de l'information de manière bidirectionnelle avec d'autres professionnels de santé, afin de clarifier, de compléter ou d'orienter ses interventions. L'interdépendance est plus marquée, mais reste fragile, car le soignant qui consulte un collègue décidera lui-même de prendre en considération ou non l'avis obtenu pour orienter les interventions.
- **Stade 4** : il s'agit d'une pratique de concertation qui repose sur l'intention de planifier et surtout d'organiser l'offre de soins et de services pour répondre aux besoins bio- psycho-sociaux de la personne et de ses proches de manière à assurer la cohérence et la complémentarité des différentes interventions prévues. L'interaction y est bidirectionnelle. Les champs disciplinaires de chacun sont rapprochés et complémentaires, mais ils demeurent indépendants.
- **Stade 5** : il s'agit ici de l'interdisciplinarité. La prise de décision est partagée entre les professionnels et le patient et ses proches, concernant un objectif commun et les actions à privilégier pour l'atteindre. Il s'agit de situations où le degré de complexité exige une harmonisation des points de vue pour assurer une vision commune de la situation, nécessaire à l'élaboration d'un plan d'action commun. L'interdépendance est ici développée à son maximum.

→ Ce continuum invite les professionnels à adapter leur processus interactionnel de collaboration selon la situation vécue par la personne, ses proches ou la communauté. Autrement dit, le stade de collaboration requis est dépendant de la complexité de la situation du patient et de son entourage. Il ne s'agit pas, par exemple, d'adopter un stade 5 pour traiter une cystite. En revanche, face à une prise en charge palliative autrement plus complexe, le stade 5 sera le plus adapté.

→ Notons que les auteurs du continuum nous rappellent qu'un « environnement social non hiérarchisé et un système professionnel valorisant la contribution de toutes les disciplines favorisent la collaboration interprofessionnelle. » Autrement dit, la non hiérarchie est une condition importante à une bonne collaboration interprofessionnelle, ce que confirme la littérature. (22)

→ De plus, tous les niveaux sans exception intègrent « la personne, ses proches ou la communauté », autrement dit le patient et son entourage dans la collaboration.

D2) Niveaux théoriques de compétence concernant la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA des deux groupes d'internes selon le continuum :

Afin de déterminer plus objectivement et selon un référentiel, le niveau de compétence théorique sur la collaboration interprofessionnelle des deux groupes, nous nous sommes appuyés sur le

paragraphe « Vision globale du travail collaboratif avec l'IPA des deux groupes d'internes après stage » figurant dans la sous-partie V)B) des « Résultats » de cette étude, et sur le continuum. (16)

Il s'agit ici d'identifier tous les stades de collaboration au sens du continuum (16), énoncés par les internes de chacun des deux groupes, de manière à déterminer pour chacun des deux groupes, la partie théoriquement acquise du continuum. Cela va nous permettre de comparer plus objectivement grâce au continuum, le niveau de compétence théorique des deux groupes. Ce travail garde une grande part de subjectivité, compte tenu de l'interprétation des verbatims qui est dépendante en partie du chercheur.

- **Groupe des internes « profanes » :**

D'après notre analyse du paragraphe « Vision globale du travail collaboratif avec l'IPA des deux groupes d'internes après stage » figurant dans la sous-partie V)B) des « Résultats » de cette étude, les « profanes » semblent avoir évoqué le stade 1,2 et 3. Il faut noter toutefois que les « profanes » gardent dans l'ensemble une vision très hiérarchique du médecin sur l'IPA et évoquent peu le patient. Au total donc, le niveau de compétence des « profanes » s'étend de manière fragile et incomplète du stade 1 à 3.

- **Groupe des internes « initiés » :**

Les « initiés » semblent avoir évoqué le stade 2, 3 et 4. Même s'ils ne l'ont pas évoqué, nous leur accordons en toute logique le stade 1. De plus, les « initiés » évoquent une vision non hiérarchique et intègrent d'avantage le patient. Au total donc, le niveau de compétence des « initiés » s'étend donc de manière plus solide du stade 1 à 4.

- **Comparatif des niveaux de compétence des deux groupes :**

Au sens du continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, les « initiés » semblent sur un plan théorique aller plus loin en terme de collaboration interprofessionnelle avec l'IPA que ne le font les « profanes ».

Notons malgré tout, que malgré un niveau théorique supérieur chez les « initiés », ces derniers n'atteignent pas le niveau 5 de l'interdisciplinarité.

Ces résultats sont à prendre avec précaution, car ils sont basés sur l'analyse des déclarations des internes et non sur leur action. De plus, être compétent dans la collaboration interprofessionnelle au sens du continuum (16) nécessite aussi de choisir le bon stade pour une situation donnée, chose que notre étude n'est pas en mesure d'évaluer.

III) Forces et faiblesses :

A) Forces de l'étude :

- **Originalité de l'étude :**

Il s'agit d'une étude novatrice. Aucun travail n'a à ce jour, à notre connaissance, encore analysé la vision des internes en médecine générale sur le travail collaboratif avec l'IPA. Pourtant, ce sont bien ces mêmes internes qui vont être amenés à travailler dans quelques mois ou années avec ces IPA nouvellement diplômés. Comprendre le point de vue des internes est donc primordial pour comprendre quel chemin peut prendre la collaboration médecin-IPA et essayer de la favoriser.

- **Large recueil de données grâce aux entretiens libres :**

Compte tenu de l'absence d'étude sur le regard des internes en médecine générale sur les IPA, le choix de réaliser des entretiens libres nous a semblé être une force pour un recueil de données le plus large qui soit. Cette technique a permis aux internes d'exprimer le plus ouvertement possible leurs opinions et leurs idées.

- **Même statut pour l'interviewer et les interviewés :**

Tous les internes en médecine générale interrogés savaient que le chercheur l'était aussi. Cela permet de limiter les non-dits, et de favoriser la liberté de parole des interviewés.

- **Etiquetage en binôme :**

L'étiquetage en binôme de manière systématique pour tous les entretiens nous semble être la grande force de notre étude. En effet, je les ai tous analysés, soit avec mon directeur de thèse, soit avec un autre thésard. Cette méthode donne une réelle crédibilité aux résultats.

L'identification des propriétés et la construction des catégories qui sont les deux étapes suivantes de l'analyse, ont été elles aussi réalisées en étroite collaboration avec mon directeur de thèse.

B) Faiblesses de l'étude :

- **Chercheur novice :**

Dans une étude qualitative, le chercheur est l'outil principal. Je n'ai jamais réalisé pareil travail dans le passé. Je suis donc un chercheur novice et donc une faiblesse à cette étude.

- **Visioconférence :**
Coupure de communication, défaut de cadrage sur l'interviewé, limitation de la communication non-verbale sont autant d'éléments qui pendant un entretien en visioconférence peuvent amener à une perte de données.
- **Des résultats avant stage, obtenus avec des déclarations après stage :**
Nous avons en effet identifié des éléments qui relevaient de l'avant stage à partir de déclarations faites par les internes après stage. Nous étions conscients de cette difficulté, et avons pris le plus de précautions pour ne pas tomber dans de mauvaises interprétations.

IV) Perspectives :

A) Constat et objectif :

Cette étude laisse le sentiment global qu'un interne non initié au travail collaboratif avant son stage conjoint avec un étudiant IPA, verra principalement des freins à collaborer avec cette nouvelle profession et aura ainsi un niveau de compétence faible vis-à-vis de la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA à la sortie de son stage. De plus, il n'envisagera probablement pas de collaborer avec l'IPA dans son futur professionnel.

Restant sur le postula du « apprendre ensemble » pour « travailler ensemble » dans le but d'améliorer les soins (32, 1, 34, 38) il paraît pertinent de trouver le moyen d'améliorer l'éducation ou la formation interprofessionnelle des étudiants en médecine générale, afin de développer leur compétence en terme de collaboration interprofessionnelle avec l'IPA.

L'objectif ultime de ce travail est donc de déterminer comment faire en sorte qu'à la fin du stage conjoint entre étudiant en médecine et étudiant IPA, tous les internes deviennent des internes « compétents » vis-à-vis de la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA. Notons que l'objectif conjoint évident est d'en faire de même avec les étudiants IPA.

Nous définissons ici un interne « compétent » comme un interne capable de se projeter dans tous les stades de la collaboration au sens du continuum canadien (16) et de choisir le bon selon la complexité de la situation devant laquelle il se trouve. En outre, il aurait une vision non hiérarchique du médecin sur l'IPA et centrée patient.

Il semble difficile de faire des internes « profanes » en début de stage partagé, qui expriment une multitude de freins envers l'IPA, des internes « compétents » en fin de stage. Or, faire des internes « compétents » à partir d'internes « initiés » plus ouverts, paraît parfaitement envisageable et plus facile. Il serait donc souhaitable, que les internes arrivent « initiés » au début de leur stage conjoint. Il s'agit donc que les « profanes », autrement dit tous les internes au début de leur formation, soient initiés avant de débiter leur stage conjoint avec l'IPA, pendant leur 2ème cycle. De la même manière, il s'agira ensuite pendant leur stage conjoint d'organiser le stage de telle sorte que les « initiés » deviennent « compétents » en renforçant la pédagogie sur le sujet de l'interprofessionnalité.

B) Plan d'action en deux étapes pour transformer les internes « profanes » en « compétents » :

Le Centre for the Advancement of Interprofessional Education, définit la formation interprofessionnelle comme le fait que deux ou plusieurs personnes se forment ensemble, apprennent à se connaître et apprennent des autres pour améliorer leur collaboration et la qualité des soins (38)

B1) Première étape : de l'interne « profane » à l'interne « initié » :

Il s'agit là de sensibiliser à la collaboration interprofessionnelle précocement, peut-être pendant le second cycle via des enseignements théoriques relayés par les premiers stages étudiants en milieu de soin. (39) Le but étant de lever les nombreux freins ou préjugés que peuvent avoir des internes « profanes » pour qu'ils deviennent des internes « initiés ».

Faire connaître l'IPA aux étudiants en médecine générale faciliterait leur ouverture et leur curiosité vis-à-vis de ce nouvel acteur comme l'ont été les internes « initiés » de cette étude. (40) Définir le rôle de chacun à tous les autres, semble être une action importante pour faciliter l'intégration de l'IPA (41, 28) En effet, selon plusieurs auteurs, le premier des freins serait le manque de connaissance ou de compréhension de la pratique avancée. (42, 43) L'ensemble des internes de cette étude nous l'ont bien dit : ils ne connaissent pas le rôle de l'IPA et n'en ont souvent jamais entendu parler avant le stage.

B2) Seconde étape : de l'interne « initié » à l'interne « compétent » :

Il s'agit là de mettre en place pendant le stage conjoint avec l'IPA d'avantage de pratique et d'interaction entre les étudiants en médecine et les étudiant IPA. Le but est d'utiliser l'ouverture d'esprit des internes « initiés » pour en faire des « compétents » dans la pratique. Les interactions peuvent avoir lieu bien sûr sur le lieu de stage, mais aussi en dehors lors de rassemblement à la faculté par exemple.

C'est ici la littérature qui nous donne des pistes sur les outils pédagogiques de la formation interprofessionnelle disponibles pouvant être mis en place pendant le 3ème cycle des internes en médecine générale.

Les différents outils que nous avons pu identifier sont listés ci-dessous des plus théoriques au plus pratiques :

- les **séminaires interprofessionnels pour étudiants** ou les **conférences sur la collaboration interprofessionnelle** sont les outils les plus théoriques. Ils ont malgré tout un impact identifié. (44)
- les **études de cas et cas cliniques centrés sur le patient** sur lesquels les étudiants travaillent par petits groupes encadrés par des professionnels formés à la pédagogie et ayant une activité clinique. (45, 46)
- les **programmes d'éducation basés sur la simulation** sont probablement un des outils pédagogiques les plus développés et dont de nombreuses études ont démontré leur efficacité. (47, 48, 49, 50, 51, 52, 53) Il peut s'agir de simulation informatique, ou sur mannequins. Ils apportent plus de concret mais restent surtout des outils développés dans le milieu hospitalier.
- les **stages en milieu rural ou communautaire**. Il s'agit ici de mettre les étudiants de différentes disciplines au contact direct entre eux et avec le patient. Les étudiants sont d'abord observateurs pendant des interventions de professionnels formés auprès des patients et réalisent ensuite un travail commun plus théorique d'analyse de la situation. Cette pratique a démontrée aussi son efficacité (54, 39, 55, 56, 57)
- la **formation clinique en situation réelle** qui vise à laisser un groupe d'étudiants de plusieurs disciplines gérer la situation d'un patient sous supervision professionnelle. (58) Ce type de pratique semble plus contraignant mais prometteur et plonge les étudiants dans la vraie vie.

C) Implications de tous les acteurs concernés :

Ces outils nécessitent par ailleurs que les enseignants, plus particulièrement les MSU, en ce qui nous concerne ici, s'impliquent d'avantage dans cette formation interprofessionnelle en se formant sur un plan pédagogique. (46) En effet, un peu partout dans le monde, les professionnels de la santé sont principalement formés dans le cadre intraprofessionnel et non interprofessionnel. La profession se retrouve ainsi à terme fermée sur elle même. (59)

De la même manière, nous pensons que les étudiants IPA doivent s'impliquer d'avantage pour communiquer sur leur profession. Ils sont en effet les nouveaux arrivants, ils doivent se montrer pro-actifs sous peine de laisser se mettre en place une défiance. (28, 56)

Nous l'avons vu, la collaboration interprofessionnelle en santé doit faire intervenir et impliquer le patient pour améliorer sa prise en charge. C'est ce que l'on nomme, la pratique centrée patient. Certaines formations interprofessionnelles proposent déjà, afin d'habituer les futurs professionnels au « centré patient », d'inclure en son sein ce nouvel acteur qu'est le « patient enseignant ». (60)

Conclusion:

Le stage partagé proposé par la faculté de médecine de Tours entre étudiants en Master IPA et étudiants en DES de Médecine générale semble avoir, en l'état actuel, un impact minime sur les regards des internes vis-à-vis du bénéfice de la collaboration interprofessionnelle avec l'IPA. Il s'agit donc de l'améliorer.

La collaboration interprofessionnelle au sens large est un objectif pédagogique majeur pendant la formation des étudiants en médecine générale qui doit être inscrit et détaillé dans les programmes. On sait en effet, qu'elle permet l'amélioration des soins apportés aux patients et qu'elle est grandement favorisée par la formation interprofessionnelle : « apprendre ensemble pour travailler ensemble ».

Pour améliorer ce stage partagé, et permettre de rendre les internes qui y participent compétents en terme de collaboration avec l'IPA à la fin de leur étude de médecine générale, nous avons défini un plan en deux étapes.

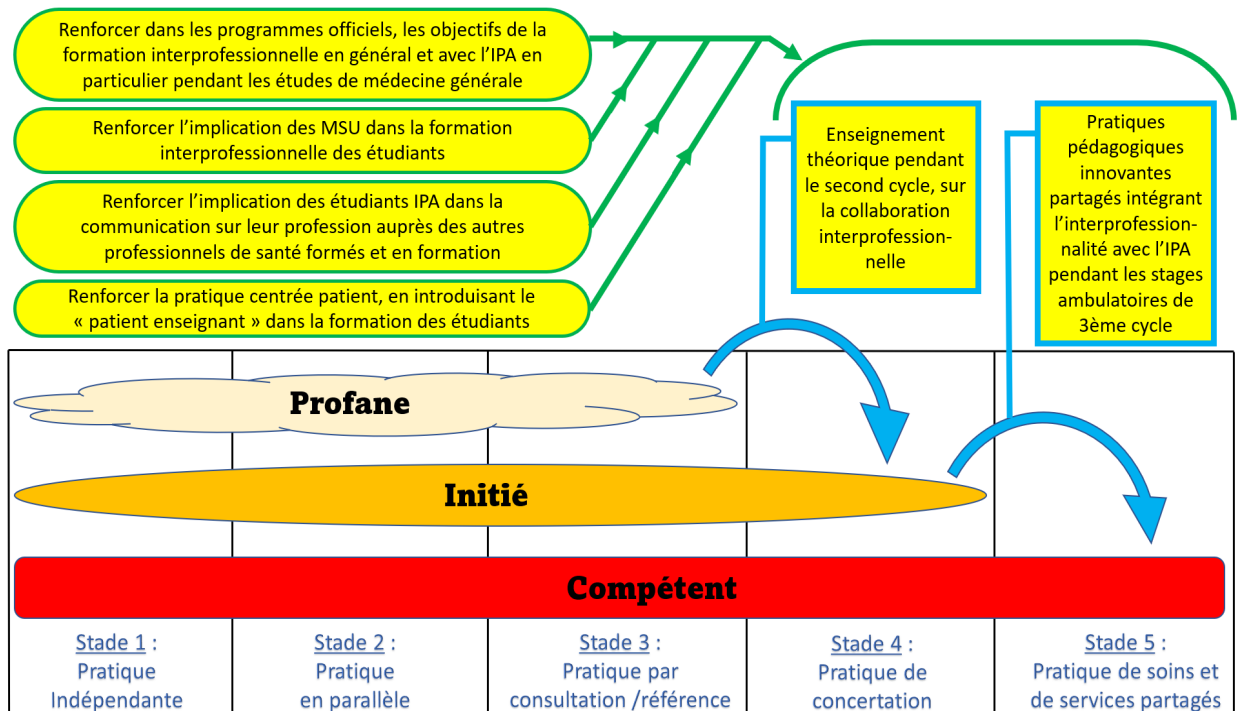
La première est de mettre en place un enseignement théorique pendant le second cycle, soutenu par les premiers stages en milieu de soins. L'objectif étant d'ouvrir l'esprit des internes et d'éliminer les freins et les aprioris envers l'IPA.

Une fois l'esprit de l'interne plus réceptif, la deuxième étape consiste à le plonger, pendant son stage conjoint avec l'IPA au cours du troisième cycle, à travers des pratiques pédagogiques innovantes partagées intégrant l'interprofessionnalité, comme des études de cas centrées sur le patient, des programmes d'éducation basés sur la simulation ou bien encore, une formation clinique en situation réelle.

Le tout doit être réalisé en association avec des MSU impliqués et formés aux méthodes pédagogiques de l'interprofessionnalité. Les étudiants IPA doivent aussi pouvoir s'impliquer de manière plus active pour expliquer et valoriser leur profession auprès des internes, mais aussi de tous les autres professionnels de santé en formation ou déjà formés. Il s'agit aussi de pouvoir intégrer le patient dans l'éducation interprofessionnelle pour améliorer les soins à travers son regard.

Schéma théorique proposé à l'issu de cette étude, concernant la formation interprofessionnelle impliquant les étudiants en DES de médecine générale et les étudiants en Master IPA

*



(*) Le profane est matérialisé sur ce schéma par un contour irrégulier marquant la fragilité de sa représentation de la collaboration interprofessionnelle. (idée de hiérarchie du médecin sur l'IPA et faible inclusion du patient)

L'initié est matérialisé par un contour plus régulier car sa vision de la collaboration interprofessionnelle est plus solide (organisation horizontale médecin – IPA et meilleure inclusion du patient)

Le compétent est matérialisé par un contour parfaitement régulier avec des quasi angles droits, qui marquent la robustesse de sa juste vision de la collaboration interprofessionnelle.

Bibliographie

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. [consulté le 7 mai 2021]. [internet] Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=8AEE476863AA944979DE1EEDDB0612CE?sequence=1
2. Collège des médecins de famille du Canada. Collaborer pour améliorer les soins: Guide pratique pour les enseignants et les apprenants en médecine familiale.[consulté le 7 mai 2021]. [internet] . Disponible sur : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/%c3%89ducation-en-m%c3%a9decine/Collaborator-guide-FR.pdf>
3. HAS. Les pratiques collaboratives se développent naturellement si la formation est interprofessionnelle dès le départ . Mis à jour le 12 juin 2016 [consulté le 9 mai 2021]. [internet] . Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974707/fr/les-pratiques-collaboratives-se-developpent-naturellement-si-la-formation-est-interprofessionnelle-des-le-depart
4. Fiquet L. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. Pédagogie médicale 2015; 16(2): 105-117
5. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 un engagement collectif. [consulté le 20 juin 2021]. [internet] . Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
6. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.[consulté le 20 juin 2021]. [internet] . Disponible sur: https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
7. Conseil national de l'ordre des infirmiers. Infirmière de pratique avancée en France. [consulté le 25 juin 2021]. [internet] . Disponible sur: https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf
8. République française. Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. [consulté le 4 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
9. République française. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. [consulté le 4 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/>
10. Département universitaire de médecine générale de Tours. Les niveaux de compétences en médecine générale. [consulté le 15 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur: http://dumg.univ-tours.fr/medias/fichier/les-niveaux-des-competences-en-mg_1602454618848-pdf?ID_FICHE=362892&INLINE=FALSE

11. Département universitaire de médecine générale de Tours. Guide de stage de niveau 1. [consulté le 15 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur : <https://dumg.univ-tours.fr/pdf-guide-du-stage-de-niveau-1>
12. Goddet B. 50 ans d'histoire passés en revue. Soins n°711.décembre 2016. 31-35
13. IRDES. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. Février 2019. n°239. [consulté le 22 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-des-organisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf>
14. Sibbald, Bonnie. « Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2010, pp. 35-47.
15. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé. L'analyse des données. GROUMF . Global média santé & CNGE. 2021. p. 90-109
16. Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
17. Delamaire M. « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 54, Éditions OCDE, Paris 2010 [consulté le 31 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur: [https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)5&docLanguage=Fr](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5&docLanguage=Fr)
18. AMUF. Quotidien du médecin. Dr Patrick Pelloux: "les IPA, c'est l'ubérisation de la médecine" 27 novembre 2020. [consulté le 31 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur: <http://amuf.fr/2020/11/27/le-quotidien-du-medecin-dr-patrick-pelloux-amuf-les-ipa-cest-luberisation-de-la-medecine/>
19. Ambrosino F. Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée. Vuibert. Octobre 2019. p.136
20. Pullon S, McKinlay E. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *Br J Gen Pract*. 2009 Mar;59(560):191-7. doi: 10.3399/bjgp09X395003. PMID: 19275835; PMCID: PMC2648917.
21. Colmas J-F. La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale. [thèse d'exercice en Médecine Générale]. Université de Nice Sophia-Antipolis. Faculté de médecine;2019
22. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:132-47.
23. Bras P-L. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours? *Les Tribunes de la santé*. 2011;30(1):113-26.

24. Eyland I. La notion de responsabilité. La revue de la pratique avancée. Vol. I-n°1 octobre-novembre-décembre 2020.
25. Laurant M, van der Biezen M. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271.
26. Morin D. La pratique infirmière avancée. Rev Med Suisse 2012;8:1680-1
27. Etienne D. le couple médecin infirmier de 1900 à nos jours. Soins n°711. décembre 2016. 36-38
28. De Rosis C., Teixeira M. Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins , Santé Publique, 2021/1 (Vol. 33), p. 89-100.
29. Judy E. Mill. The ambivalence of ownership: nursing graduate students as collaborators in action research, Educational Action Research, 8:1, 137-149
30. Matziou V, Vlahioti E. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. J Interprof Care. 2014 Nov;28(6):526-33
31. Sohier A. Collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'inclusion scolaire d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. [Master en sciences de la santé , orientation ergothérapie] . Université de Lausanne- Haute école spécialisée de Suisse occidentale ;2019
32. Reeves S, Perrier L. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;2013(3):CD002213
33. Le Lan A. Influence ressentie d'un dispositif de formation interprofessionnelle par simulation pour des étudiants infirmiers et des internes de médecine générale. Pédagogie médicale, 20 1 (2019)3-11
34. Gallant S.. « Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 106, no. 3, 2011, pp. 40-46.
35. Frégeau, A., Cournoyer, A. (2020). P100: Une activité de simulation de table à des fins de formation interprofessionnelle pour enseigner une nouvelle procédure intrahospitalière de code rose : Une étude pilote exploratoire et rétrospective sur la perception des apprenants. *CJEM*, 22(S1), S101-S101.
36. Renault P. Une méthode au service de la collaboration interprofessionnelle en santé. Soins cadres. Supplément au n°92. Pp 10-14
37. HAS. Démarche centrée sur le patient: information , conseil, éducation thérapeutique, suivi. [consulté le 31 juillet 2021]. [internet] . Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
38. CAIPE | Resources › Defining IPE [Internet]. CAIPE. [consulté 16 juin 2021]. Disponible sur: <http://caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>

39. Cappiello JD, Joy J, Smith P, Orgren R. The SEARCH Project: Acquainting Students in the Health Professions with Interprofessional Care. *J Allied Health*. 2015 Summer;44(2):91-5.
40. Carter N. Knowledge gaps regarding APN roles: what hospital decision-makers tell us. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2013 Dec;26(4):60-75.
41. DiCenso A. Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010 Dec;23 Spec No 2010:211-38.
42. Aguilard S. « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature », *Santé Publique*, vol. 29, no. 2, 2017, pp. 241-254.
43. De Guzman A. "Nurse practitioner role implementation in Ontario public health units." *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique* vol. 101,4 (2010): 309-13. doi:10.1007/BF03405292
44. Hardisty J, Scott L. Interprofessional learning for medication safety. *Clin Teach*. 2014 Jul;11(4):290-6. doi: 10.1111/tct.12148. PMID: 24917099.
45. Pinto A, Lee S. The Impact of Structured Inter-professional Education on Health Care Professional Students' Perceptions of Collaboration in a Clinical Setting. *Physiother Can*. 2012 Spring;64(2):145-56.
46. Boissy C. Propositions pour la mise en place d'un enseignement interprofessionnel entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à l'Université de Lyon. *Pédagogie Médicale* 2015; 16(2): 133–142 .
47. Vyas D, McCulloh R. An interprofessional course using human patient simulation to teach patient safety and teamwork skills. *Am J Pharm Educ*. 2012 May 10;76(4):71.
48. Wang R, Shi N. Implementation and evaluation of an interprofessional simulation-based education program for undergraduate nursing students in operating room nursing education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2015 Jul 9;15:115.
49. Bolesta S, Chmil JV. Interprofessional education among student health professionals using human patient simulation. *Am J Pharm Educ*. 2014 Jun 17;78(5):94.
50. Shrader S, Griggs C. Multiple interprofessional education activities delivered longitudinally within a required clinical assessment course. *Am J Pharm Educ*. 2014 Feb 12;78(1):14.
51. Von der Lancken S, Levenhagen K. Interprofessional teaching project with nursing and physical therapy students to promote caregiver and patient safety. *J Nurs Educ*. 2014 Dec;53(12):704-9.
52. Holland C, Bench S. Interprofessional working in acute care. *Clin Teach*. 2013 Apr;10(2):107-12. doi: 10.1111/tct.12002. PMID: 23480113.
53. Smithburger PL, Kane-Gill SL. Advancing interprofessional education through the use of high fidelity human patient simulators. *Pharm Pract (Granada)*. 2013 Apr;11(2):61-5.

- 54.** Gum LF, Richards JN, Walters L, Forgan J, Lopriore M, Nobes C. Immersing undergraduates into an interprofessional longitudinal rural placement. *Rural Remote Health*. 2013 Jan-Mar;13(1):2271. Epub 2013 Feb 27.
- 55.** Tan CE, Jaffar A. Comprehensive Healthcare module: medical and pharmacy students' shared learning experiences. *Med Educ Online*. 2014 Oct 17;19:25605.
- 56.** VanderWielen LM, Enurah AS. The development of student-led interprofessional education and collaboration. *J Interprof Care*. 2013 Sep;27(5):422-3.
- 57.** Hasnain M, Koronkowski MJ. Training future health providers to care for the underserved: a pilot interprofessional experience. *Educ Health (Abingdon)*. 2012 Sep-Dec;25(3):204-7.
- 58.** Morphet J, Hood K, Cant R, Baulch J, Gilbee A, Sandry K. Teaching teamwork: an evaluation of an interprofessional training ward placement for health care students. *Adv Med Educ Pract*. 2014 Jun 25;5:197-204.
- 59.** Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. *Formation interprofessionnelle efficace : arguments, hypothèses et preuves*. 1ère éd. Oxford, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell ; 2005.
- 60.** Vanier MC, Therriault PY. Interfaculty Operational Committee for Collaborative Practice Teaching at Université de Montréal. Innovating in teaching collaborative practice with a large student cohort at Université de Montréal. *J Allied Health*. 2013 Winter;42(4):e97-e106.

Liste des abréviations

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPIS : Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionalisme en Santé

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

I1 : Interne 1 soit le premier interne interrogé pour l'étude (idem pour I2, le second interne interrogé puis I3 jusqu'à I9)

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IDEL : Infirmier Diplômé d'État Libéral

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IPADE : Infirmier en Pratique Avancée Diplômé d'État

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, rounded loop followed by a vertical line and a horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Laroche Mickaël

83 pages – 1 tableau – 3 schémas

Résumé :

Introduction :

Les facultés de Médecine de Tours et d'Angers co-organisent depuis 2019 une formation au grade Master, destinée aux titulaires d'un diplôme d'état d'infirmier, afin de devenir infirmier en pratique avancée. La faculté de Tours propose avec l'appui des maîtres de Stage Universitaire, des terrains de stages ambulatoires partagés entre des étudiants infirmiers en pratique avancée, et des étudiants en Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale. L'objectif de cette étude est d'identifier les regards d'internes en médecine générale sur le travail collaboratif avec les infirmiers en pratique avancée et l'impact du stage partagé sur ces regards.

Matériel et Méthode :

Etude qualitative par entretiens libres et individuels, en visioconférence auprès de 9 internes en médecine générale, au sortir d'un stage partagé avec des étudiants infirmiers en pratique avancée. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse par théorisation ancrée.

Résultats :

Mise en évidence de deux groupes d'internes. Un groupe d'internes « initiés » au travail collaboratif interprofessionnel, avant le début du stage partagé, et un groupe de « profanes ». Dichotomie de vision après stage, sur l'infirmier en pratique avancée entre les deux groupes. Fort intérêt, vision appropatrice et envie de collaborer avec l'infirmier en pratique avancée pour les « initiés ». Faible intérêt, vision de méfiance et freins à collaborer pour les « profanes ». Une implication hétérogène des maîtres de stage et des étudiants infirmiers en pratique avancée est constatée dans la communication sur ce nouvel exercice auprès des internes.

Conclusion :

En l'état actuel, faible impact du stage partagé sur les internes interrogés, en termes d'adhésion au travail collaboratif avec l'infirmier en pratique avancée, dans la projection de leur future pratique. Nécessité de sensibiliser à l'interprofessionnalité précocement dans les études en santé, d'impliquer d'avantage les maîtres de stage et les étudiants infirmiers en pratique avancée dans l'échange avec les internes sur ce nouvel exercice infirmier, d'inclure la pratique collaborative centrée patient, et d'innover dans des pratiques pédagogiques partagées pendant le stage, intégrant l'interprofessionnalité.

Mots-clés :

Infirmier en pratique avancée, interne en médecine, interprofessionnalité, formation interprofessionnelle

Jury :

Président du Jury : Professeur Christophe HOURIOUX

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ

Membres du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Professeur Matthias BUCHLER

Docteur Christian LAVIGNE

Membre invité : Madame Virginie MERLET

Date de soutenance : 09 septembre 2021